# MANUAL DE DIAGNOSTIC ȘI STATISTICĂ A TULBURĂRILOR MENTALE

EDIȚIA A PATRA

TEXT REVIZUIT

# DSM-IV-TR™

Coordonator științific
Prof. Dr. AUREL ROMILA

Editor
Dr. MARIAN POPA

Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România
BUCUREȘTI, 2003

**Coordonator ştiinţific**
**Prof. Dr. AUREL ROMILA**

**Traducere**
**Dr. MARIN STANCU**

**Editor**
**Dr. MARIAN POPA**

Trezorier
Dr. Dumitru Scorţescu

Tehnoredactare:
Gabriel Iancu

Coperta:
Sergiu Ardeleanu

Titlul original al lucrării
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL
OF MENTAL DISORDERS
FOURTH EDITION TEXT REVISION

First published in the United States by American Psyhiatric Association, Washington D.C. and London, England. Copyright 2000. All right reserved.

Publicată prima dată în Statele Unite de American Psychiatric Association, Washington D.C. si Londra, Anglia. Copyright 2000. Toate drepturile rezervate.

Toate drepturile ediţiei în limba română revin APLR prin copyright acordat de American Psychiatric Publishing Inc., Washington, D.C., Statele Unite ale Americii

ISBN 973-98121-0-4

Tiparul executat la Tipografia PEGASUS
Tel./fax 240 66 77 • 0722 223 931

*Lui Melvin Sabshin, un om*
*pentru toate timpurile*

# Cuprins

Grupul Operativ pentru DSM-V . . . . . IX

Grupurile de Lucru pentru DSM-IV-TR Text Revizuit . . . . . XIII

Mulțumiri pentru DSM-IV . . . . . XVII

Mulțumiri pentru DSM-IV Text Revizuit . . . . . XIX

Introducere . . . . . XXI

Avertisment . . . . . XXXV

Utilizarea manualului . . . . . 1

Clasificarea DSM-IV-TR . . . . . 13

Evaluarea multiaxială . . . . . 27

Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență . . . . . 39

Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive . . . . . 135

Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale . . . . . 181

Tulburările în legătură cu o substanță . . . . . 191

Schizofrenia și alte tulburări psihotice . . . . . 297

Tulburările afective . . . . . 345

Tulburările anxioase . . . . . 429

Tulburările somatoforme . . . . . 485

Tulburările factice . . . . . 513

Tulburările disociative . . . . . 519

Tulburările sexuale și de identitate sexuală . . . . . 535

Tulburările de comportament alimentar . . . . . .583

Tulburările de somn . . . . . .597

Tulburările controlului impulsului neclasificate în altă parte .663

Tulburările de adaptare . . . . . .679

Tulburările de personalitate . . . . . .685

Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice . . . . .731

Codurile adiționale . . . . . .743

**Anexa A:**
Arborii de decizie pentru diagnosticul diferențial . . . . . .745

**Anexa B:**
Seturile de criterii și axele prevăzute pentru studii suplimentare . . . . . .759

**Anexa C:**
Glosar de termeni tehnici . . . . . .819

**Anexa D:**
Lista adnotată a modificărilor din DSM-IV-Text Revizuit . . . .829

**Anexa E:**
Lista alfabetică a diagnosticelor și codurilor DSM-IV-TR . . . . .845

**Anexa F:**
Lista numerică a diagnosticelor și codurilor DSM-IV-TR . . . . .857

**Anexa G:**
Codurile CIM-9 pentru condițiile medicale generale selectate și pentru tulburările induse de medicamente . . . . .867

**Anexa H:**
Clasificarea DSM-IV (cu codurile CIM-10) . . . . . .883

**Anexa I:**
Schiță pentru formularea culturală și glosarul sindroamelor circumscrise cultural . . . . . .897

**Anexa J:**
Lista colaboratorilor DSM-IV . . . . . .905

**Anexa K:**
Lista consilierilor pentru DSM-IV Text Revizuit . . . . . .929

Index. . . . . .933

# GRUPUL OPERATIV PENTRU DSM-IV

ALLEN FRANCES, M.D.
*Președinte*
HAROLD ALAN PINCUS, M.D.
*Vicepreședinte*
MICHAEL B. FIRST, M.D.
*Editor, Text și Criterii*

Nancy Coover Andreason, M.D., Ph.D.
David H. Barlow, Ph.D.
Magda Campbell, M.D.
Denis P. Cantwell, M.D.
Ellen Frank, Ph.D.
Judith H. Gold, M.D.
John Gunderson, M.D.
Robert E. Hales, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
David J. Kupfer, M.D.
Michael R. Liebowitz, M.D.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Peter E. Nathan, Ph.D.
Roger Peele, M.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
A. John Rush,M.D.
Chester W. Schmidt, M.D.
Marc Alan Shuckit, M.D.
David Schaffer, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D
*Consilier Special*
Gary J. Tucker, M. D
B. Thimothy Walsh, M.D.
Thomas A. Widiger, Ph.D.,
*Coordonator Cercetare*
Janet B. Williams, D.S.W
John C. Urbaitis, M.D.,
*Assembly Liaison* [1]
James J. Hudziak, M.D.
*Resident Fellow (1990-1993)*
Junius Gonzales, M.D.,
*Resident Fellow (1988-1990)*

Ruth Ross, M.A.,
*Redactor Științific*
Nancy E. Vettorello, M.U.P.,
*Coordonator Administrativ*
Wendy Wakefield Davis, Ed.M.,
*Coordonator Editare*
Nancy Sydnor-Greenberg, M.A.,
*Asistent Administrativ*
Myriam Kline, M.S.,
*Focused Field Trial, Coordinator*[2]
James W. Thompson, , M.D., M.P.H.,
*Videotape Field Trial Coordinator*[3]

[1] Resident Fellow = bursier cu titlu academic care efectuează o activitate de cercetare;
[2] Focused Field-Trial Coordinator = Coordonator al cercetării în teren;
[3] Videotape Field-Trial Coordinator = coordonator al cercetării în teren înregistrate pe videocasete.

Grupurile de Lucru pentru DSM-IV Text Revizuit sunt menționate la pag. XV-XVII

## Grupul de Lucru pentru Tulburările Anxioase

Michael R.Liebowitz, M.D.,
*Președinte*
David H. Barlow, Ph.D.
*Vicepreședinte*
James C. Ballenger
Jonathan Davidson, M.D.
Edna Foa, Ph.D.
Abby Feyer,M.D.

## Grupul de Lucru pentru Delirium, Demență, Tulburările Amnestice și Alte Tulburări Cognitive

Gary J. Tucker, M.D.
*Președinte*
Michel Popkin, M.D.,
*Vicepreședinte*
Eric Douglas Caine, M.D.
Marshall Folstein, M.D.
Gary Lloyd Gottlieb, M.D.
Igor Grant, M.D.
Benjamin Liptzin, M.D.

## Grupul de Lucru pentru Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în Perioada de Sugar, în Copilărie sau Adolescență

David Shaffer, M.D.,
*Copreședinte*
Magda Campbell, M.D.,
*Copreședinte*
Susan Bradley, M.D
Denis P. Cantwell, M.D.
Gabrielle A. Carlson , M.D.
Donald Jay Cohen, M.D
Barry Garfinkel, M.D.
Rachel Klein, Ph.D.
Benjamin Lahey, Ph.D.
Rolf Loeber,Ph.D.
Rhea Paul, Ph. D.
Judith H. L. Rapoport, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D.
Fred Volkmar, M.D.
John S. Werry, M.D.

## Grupul de Lucru pentru Tulburările de Comportament Alimentar

B. Timothy Walsh, M.D.,
*Președinte*
Paul Garfinkel, M.D.G.
Katherine A. Halmi, M.D.
James Mitchell, M.D.
G. Terence Wilson, Ph.D.

## Grupul de Lucru pentru Tulburările Afective

A. John Rush, M.D.,
*Chairperson*
Martin B. Keller, M.D.
*Vicepreședinte*
Mark S. Bauer, M.D.
David Dunner, M.D.
Ellen Frank, Ph. D.
Donald F. Klein, M.D.

## Grupul de Lucru pentru Problemele de Codificare Multiaxială

Janet B. Williams, D.S.W.
*Președinte*
Howard H. Goldman, M.D., Ph.D.
*Vicepreședinte*
Allan M. Gruenberg, M.D.
Juan Enrique Mezzich, M
Roger Peele, M.D.
Stephen Setterberg, M.D.
Andrew Edward Skodol II, M.D.

## Grupul de Lucru pentru Tulburările de Personalitate

John Gunderson, M.D.,
*Președinte*
Robert M. A. Hirschfeld, M.D.
*Vicepreședinte*
Roger Blashfield, Ph.D.
Susan Jean Fiester, M.D.
Theodor Millon, Ph.D.
Bruce Pfohl, M.D.
Tracie Shea, Ph.D.
Larry Siever, M.D.
Thomas A. Widiger, Ph.D.

## Grupul de Lucru pentru Tulburarea Disforică Premenstruală

Judith H. Gold, M.D.,
*Președinte*
Jean Endicott, Ph.D.
Barbara Parry, , M.D.
Sally Severino, M.D.
Nada Logan Stotland, M.D.
Ellen Frank, Ph.D.
*Consultant*

## Grupul de Lucru pentru Tulburările de Interfață ale Sistemelor Psihiatrice (Tulburările de Adaptare, Disociative, Factice, ale Controlului Impulsului și Somatoforme, și Factorii Psihologici care afectează Condițiile Medicale)

Robert E. Hales, M.D.,
*Președinte*
Cloninger, M.D.
*Vicepreședinte*
Jonathan F. Borus, M.D.
Jack Denning Burke, Jr., M.D., M.P.H.
Joe P. Fagan, M.D.
Steven A. King, M.D.
Ronald L. Martin, M.D. C. Robert
Katharine Anne Phillips, M.D.
David A. Spiegel, M.D.
Alan Stoudemire, M.D.
James J. Strain, M.D.
Michael G. Wise, M.D.

## Grupul de Lucru pentru Schizofrenie și Alte Tulburări Psihotice

Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.,
*Președinte*
John M. Kane, M.D.
*Vicepreședinte*
Samuel Keith, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Thomas McGlashan, M.D.

## Grupul de Lucru pentru Tulburările Sexuale

Chester W. Schmidt, M.D.,
*Președinte*
Raul Schiavi, M.D.
Leslie Schover, Ph.D
Taylor Seagraves, M.D.
Thomas Nathan Wise, M.D.

## Grupul de Lucru pentru Tulburările de Somn

David J. Kupfer, M.D., Chairperson
*Președinte*
Charles F. Reinolds III, M.D.,
*Vicepreședinte*
Daniel Buysse, M.D.
Roger Peele, M.D.
Quentin Regestein, M.D.
Michael Sateia, M.D.
Michael Thorpy, M.D

## Grupul de Lucru pentru Tulburările în legătură cu o Substanță

Marc Alan Schuckit, M.D.
*Președinte*
John E. Helzer, M.D.,
*Vicepreședinte*
Linda B. Cottler, Ph.D.
Linda B. Cottler, Ph.D.
Thomas Crowley, M.D.
Peter E. Nathan, Ph.D.
George E. Woody, M.D

## Comitetul pentru Diagnostic și Evaluare Psihiatrică

Layton McCurdy, M.D.
*Președinte* (1987-1994)
Kenneth Z. Altshuler, M.D. (1987-1992)
Thomas F. Anders, M.D. (1988-1991)
Susan Jane Blumenthal, M.D.(1990-1993)
Joan Dickstein, M.D. (1988-1994)
Lewis J. Judd, M.D. (1988-1994)
Gerald L. Klerman, M.D. (decedat)
(1988-1991)
Stuart C. Yudofski, M.D. (1992-1994)
Jack D. Blaine, M.D.,
*Consultant* (1987-1992)
Jerry M. Lewis, M.D.,
*Consultant* (1988-1994)
Daniel J. Luchins, M.D.,
*Consultant* (1987-1991)
Katharine Anne Phillips, M.D., Leah
*Consultant* (1992-1994)
Cynthia Pearl Rose, M.D
*Consultant* (1990-1994)
Louis Alan Moench, M.D.,
*Assembly Liaison* (1991-1994)
Steven K. Dobscha, M.D.,
*Resident Fellow* (1990-1992
Mark Zimmerman, M.D.,
*Resident Fellow* (1992-1994)

## Comitetul Comun al Consiliului de Administrație și Adunării Filialelor Districtuale pentru Problemele Controversate Referitoare la DSM-IV

Ronald A. Shellow, M.D.
*Președinte*
Harvey Bluestone, M.D.
Leah Joan Dickstein, M.D.
Arthur John Farley, M.D.
Carol Ann Bernstein, M.D.

# GRUPURILE DE LUCRU PENTRU DSM-IV TEXT REVIZUIT

MICHAEL B. FIRST, M.D.
*Copreședinte și Editor*

HAROLD ALAN PINCUS
*Copreședinte*

Laurie E. McQueen, M.S.S.
*Manager Pproiect DSM*

W Yoshie Satake, B.A.
*Coordonator Program DSM*

## Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor Anxioase

Murray B. Stein, M.D.
*Președinte*
Jonathan Abramowitz, Ph.D.
Gordon Asmundson, Ph.D.
Jean C. Beckham, Ph.D.
Timothy Brown, Ph.D, Psy.D.
Michelle Craske, Ph.D.
Edna Foa, Ph.D
Thomas Mellman, M.D.
Ron Norton, Ph.D.
Franklin Schneier, M.D.
Richard Zinbarg, Ph.D.

## Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Deliriumului, Demenței, Tulburărilor Amnestice și Altor Tulburări Cognitive și a textului Tulburărilor Mentale datorate unei Condiții Medicale Generale

Eric Douglas Caine, M.D.
Jesse Fann, M.D., M.P.H.

## Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor diagnosticate de regulă pentru prima dată în Perioada de Sugar, în Copilărie sau Adolescență

David Shaffer, M.D.
*Președinte*
Donald J. Cohen, M.D.
Stephen Hinshaw, M.D.
Rachel G. Klein, Ph.D.
Ami Klin, Ph.D.
Daniel Pine
Mark A. Riddle, M.D.
Fred R. Volkmar, M.D.
Charles Zeanah, M.D.

## Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor de Comportament Alimentar

Katharine L. Loeb, Ph.D. B.
Timothy Walsh, M.D.

## Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor de Mișcare induse de Medicamente

Gerard Addonizio, M.D.
Lenard Adler, M.D.
Burton Angrist, M.D.
Daniel Casey, M.D.
Alan Gelenberg, M.D.
James Jefferson, M.D.
Dilip Jeste, M.D.
Peter Weiden, M.D.

### Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor Afective

Mark S. Bauer, M.D.
Patricia Suppes, M.D., Ph.D.
Michael E. Thase, M.D.

### Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Diagnosticului Multiaxial

Alan M. Gruenberg, M.D.

### Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor de Personalitate

Bruce Pfohl, M.D.
Thomas A, Widiger, Ph.D.

### Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor de Interfață ale Sistemului Psihiatric (Tulbură rile de Adaptare, Disociative, Factice, de Control al Impulsului, Somatoforme și Factorii Psihologici care afectează Condiția Medicală)

Mitchell Cohen, M.D.
Marc Feldman, M.D.
Eric Hollander, M.D.
Steven A. King, M.D.
James Levenson, M.D.
Ronald L. Martin, M.D.
Jeffrey Newcorn, M.D.
Russell Noyes, Jr., M.D.
Katharine Anne Phillips, M.D.
Eyal Shemesh, M.D.
David A. Spiegel, M.D.
James J. Strain, M.D.
Sean H. Yutzy, M.D.

### Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Schizofreniei și Altor Tulburări Psihotice

Michael Flaum, M.D.
*Președinte*
Xavier Amador, Ph.D.

### Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor Sexuale și de Identitate Sexuală

Chester W Schmidt, M.D.
R. Taylor Segraves, M.D.
Thomas Nathan Wise, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.

### Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor de Somn

Daniel Buysse, M.D.
Peter Nowell, M.D.

### Grupul de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor în legătură cu o Substanță

Marc Alan Schuckitt, M.D.

## Comitetul Asociației Americane de Psihiatrie pentru Diagnostic și Evaluare Psihiatrică

David J. Kupfer, M.D.
*Președinte*
James Leckman, M.D.
*Membru*
Katharine Anne Phillips, M.D
*Membru*
A. John Rush, M.D.
*Membru*
Daniel Winstead, M.D.
*Membru*
Bonnie Zima, M.D., Ph.D.
*Membru*
Barbara Kennedy, M.D., Ph.D.
*Consultant*
Janet B.W. Williams, D.S.W.
*Consultant*
Louis Alan Moench, M.D.
*Assembly Liaison*
Jack Barchas, M.D.
*Membru Corespondent*
Herbert W. Harris, M.D., Ph.D.
*Membru Corespondent*
Charles Kaelber, M.D.
*Membru Corespondent*
Jorge A. Costa e Silva, M.D.
*Membru Corespondent*
T. Bedirhan Ustun, M.D.
*Membru Corespondent*
Yeshuschandra Dhaibar, M.D.
*APA/ Glaxo-Wellcome Fellow*

# Mulțumiri pentru DSM-IV

DSM-IV este un efort de echipă. Peste 1000 de persoane (și numeroase organizații profesionale) ne-au ajutat la elaborarea acestui document. Membrii Grupului Operativ pentru DSM-IV și Staff-ul DSM-IV sunt menționați la pagina XI, membrii Grupurilor de Lucru ale DSM-IV sunt menționați la paginile XII-XIV, iar o listă a celorlalți participanți este inclusă în anexa J.

Responsabilitatea majoră pentru conținutul DSM-IV revine Grupului Operativ al DSM-IV și membrilor Grupurilor de Lucru ale DSM-IV. Acestea au lucrat (adesea, mult mai greu decât se așteptau) cu un devotament și o bună dispoziție pe care ni le-au insuflat și nouă. Lui Bob Spitzer îi mulțumim în mod special pentru eforturile sale asidue și viziunea sa originală. Norman Sartorius, Darrel Regier, Lewis Judd, Fred Goodwin și Chuck Kaelber au contribuit considerabil la facilitarea unui schimb de păreri, reciproc fertil, între Asociația Americană de Psihiatrie (APA) și Organizația Mondială a Sănătății, care a ameliorat atât DSM-IV, cât și CIM-10, și a crescut compatibilitatea lor. Suntem recunoscători lui Robert Israel, Sue Meads și Amy Blum de la National Center for Health Statistics și lui Andrea Albaum Feinstein de la American Health Information Management Association pentru sugestiile referitoare la sistemul de codificare al DSM-IV. Denis Prager, Peter Nathan și David Kupfer ne-au ajutat la elaborarea unei noi strategii de reanalizare a datelor, care a fost susținută cu fonduri de la John D. and Catherine T. MacArthur Foundation.

De asemenea, multe persoane din Asociația Americană de Psihiatrie merită gratitudinea noastră. Sagacitatea și bunăvoința extraordinară a lui Mel Sabshin au făcut ca și cele mai anoste sarcini să pară lucruri importante. American Psychiatric Association Comitee on Psychiatric Diagnostic and Assessment (prezidat de Layton McCurdy) ne-a oferit o îndrumare și consiliere prețioasă. Ținem, de asemenea, să mulțumim președinților Asociației Americane de Psihiatrie (Doctorii Fink, Pardes, Benedek, Hartmann, English și McIntyre) și purtătorilor de cuvânt ai Adunării (Doctorii Cohen, Flamm, Hanin, Pfaehler și Shellow) care ne-au ajutat în planificarea muncii noastre. Carolyn Robinowitz și Jack White și, respectiv, cadrele lor de la Biroul Directorului Medical al Asociației Americane de Psihiatrie și de la Business Administration Office ne-au acordat o asistență prețioasă în organizarea proiectului.

Multor altor persoane le datorăm întreaga noastră gratitudine: Wendy Davis, Nancy Vettorello și Nancy Sydnor-Greenberg au elaborat și implementat o structură organizațională care a făcut ca acest proiect complex să nu scape de sub control. Noi am fost, de asemenea, dotați cu un consiliu administrativ extrem de capabil, care a inclus pe Elisabeth Fitzhugh, Willa Hall, Kelly McKinney, Gloria Miele, Helen Stayna, Sarah Tilly, Nina Rosenthal, Susan Mann, Joana Mas și, în special, pe Cindy Jones. Ruth Ross, infatigabila noastră redactor științific, a răspuns de ameliorarea clarității expresiei și organizării DSM-IV. Myriam Kline (coordonatoarea cercetării pentru testările în teren, centrate pe DSM-IV, pentru NIH, Jim Thompson (coordonator al cercetării pentru MacArthur Foundation-funded Videotape Field Trial) și Sandy Ferris (director adjunct al Biroului de

Cercetare) au adus multe contribuții prețioase. De asemenea, ținem să mulțumim pe această cale tuturor celorlalte cadre de conducere ale Asociației Americane de Psihiatrie care au ajutat la acest proiect. Ron McMillen, Claire Reinburg, Pam Harley și Jane Davenport de la American Psychiatric Press au asigurat o asistență tehnică de înaltă clasă.

Allen Frances, M.D.
*Președinte, Grupul Operativ pentru DSM-IV*

Harold Alan Pincus
*Vicepreședinte, Grupul Operativ pentru DSM-IV*

Michael B. First, M.D.
*Editor Text și Criterii DSM-IV*

Thomas A. Widiger, Ph.D
*Coordonator Cercetare*

# Mulțumiri pentru DSM-IV Text Revizuit

Efortul de a revizui textul DSM-IV a fost, de asemenea, un efort de echipă. Suntem îndatorați în special eforturilor infatigabile ale grupurilor de Lucru pentru revizuirea textului DSM-IV (menționați la pag. xv-xvii), cărora le-a revenit partea leului în efectuarea acestei revizuiri. Vrem, de asemenea, să remarcăm contribuția diverșilor consilieri ai Grupurilor de Lucru (vezi anexa K, pag. 929) care și-au exprimat opiniile în legătură cu faptul dacă modificările propuse sunt justificate sau nu. În final am vrea să mulțumim Comitetului Asociației Americane de Psihiatrie pentru Evaluare și Diagnostic Psihiatric (menționați la pag. xvii) care ne-au oferit o îndrumare și supervizare utilă în cursul procesului de elaborare, precum și aprobarea documentului final. Mulțumiri speciale merită membrii comitetului, Katharine A. Phillips și Janet B.W. Williams pentru meticulozitatea cu care au revăzut textul revizuit. Desigur, nimic din toate acestea nu ar fi fost posibile fără valoroasa asistență organizatorică și administrativă oferită de staff-ul DSM-IV, Laurie McQueen și Yoshie Satake și asistența de producție oferită de Anne Barnes, Pam Harley, Greg Kuny, Claire Reinburg și Ron McMillen de la American Psychiatric Press.

Michael B. First, M.D.
*Copreședinte și Editor*

Harold Alan Pincus
*Copreședinte*

# Introducere

Aceasta este cea de a patra ediție a Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale sau DSM-IV al Asociației Americane de Psihiatrie. Utilitatea și credibilitatea DSM-IV cer ca el să se centreze pe scopurile sale clinice, de cercetare și educationale și să fie susținut de un fundament empiric extins. Suprema noastră preocupare a fost aceea de a oferi un ghid util practicii clinice. Noi am dorit să facem DSM-IV practic și util pentru clinicieni, urmărind scurtarea seturilor de criterii, claritatea limbajului și formulări explicite ale constructelor incluse în criteriile de diagnostic. Un obiectiv suplimentar a fost acela de a facilita cercetarea și de a ameliora comunicarea dintre clinicieni și cercetători. Noi am fost conștienți, de asemenea, de utilizarea DSM-IV pentru ameliorarea colectării de informații clinice și ca instrument educațional pentru predarea psihopatologiei.

O nomenclatură oficială trebuie să fie aplicabilă într-o largă diversitate de contexte. DSM-IV este utilizat de clinicieni și cercetători de cele mai diferite orientări (de ex., biologică, psihodinamică, cognitivă, comportamentală, interpersonală, familie/sisteme). El este utilizat de psihiatri, de alți medici, de psihologi, asistenți sociali, surori medicale, terapeuți ocupaționali și de recuperare, consilieri și alți profesioniști din domeniul sănătății și sănătății mentale. DSM-IV trebuie să fie utilizabil în diverse situații-pacient internat în spital, pacient ambulator, spital parțial, consultație de specialitate într-o unitate de alt profil, clinică, practică privata și profilaxie primară și în comunități populaționale. De asemenea, el este un instrument necesar pentru colectarea și comunicarea unor date statistice exacte de sănătate publică. Din fericire, toate aceste utilizări multiple sunt compatibile unele cu altele.

DSM-IV este produsul activității a 13 Grupuri de Lucru (vezi anexa J), fiecare grup având responsabilitatea principală pentru câte o secțiune a manualului. Această organizare a fost destinată să crească participarea de specialiști în fiecare din domeniile respective. Am luat un număr de precauții pentru a avea garanția că recomandările Grupului de Lucru reflectă multitudinea datelor și opiniilor existente și nu doar punctele de vedere ale anumitor membri. După consultări ample cu experți și clinicieni din fiecare domeniu, am selectat ca membri ai Grupului de Lucru pe cei care prezentau un spectru larg de puncte de vedere și de cunoștințe. Membrii Grupului de Lucru au fost instruiți asupra faptului că ei vor participa în calitate de discipoli ai consensului și nu ca apărători ai vechilor puncte de vedere. În plus, am stabilit ca Grupurile de Lucru să urmeze o metodă de lucru riguroasă, pe bază de date.

Grupurile de Lucru au raportat activitatea Grupului Operativ al DSM-IV (vezi pag XI), care a fost constituit din 27 membri, dintre care mulți prezidau câte un Grup de Lucru. Fiecare dintre cele 13 Grupuri de Lucru a fost compus din 5 (sau chiar mai mulți) membri ale căror studii au fost analizate de către 50 până la 100 de consilieri, aleși astfel încât să reprezinte diverse competențe, discipline, formații și medii clinice și de cercetare. Implicarea multor experți internaționali garantează faptul că DSM-IV a dispus de cel mai vast fond de informații și poate fi aplicat în

cele mai diverse culturi. Au fost ținute conferințe și ateliere de lucru spre a oferi o orientare conceptuală și metodologică pentru elaborarea DSM-IV. Acestea au inclus un număr de consultări între autorii DSM-IV și autorii ICD-10 organizate în scopul creșterii compatibilității dintre cele două sisteme. De asemenea, s-au ținut mai multe conferințe metodice, axate pe factorii culturali în diagnosticul tulburării mentale, pe diagnosticul geriatric și pe diagnosticul psihiatric în unitățile de asistență medicală primară.

Pentru a menține linii de comunicare deschise și extinse, Grupul Operativ a stabilit legături cu multe alte componente din cadrul Asociației Americane de Psihiatrie, precum și cu peste 60 de organizații și asociații interesate în elaborarea DSM-IV (de ex., American Health Information Management Association, American Nurses' Association, American Occupational Therapy Association; American Psychoanalytic Association, American Psychological Association, American Psychological Society, Coalition for the Family, Group for the Advancement of Psychiatry, National Association of Social Worker, National Center for Health Statistics, Organizația Mondială a Sănătății). Am încercat să expunem subiectele și datele empirice de la începutul acțiunii, în scopul identificării eventualelor probleme și diferențe de interpretare. Schimburile de informații au fost, de asemenea, posibile prin distribuirea unui buletin bianual (the DSM-Update), publicarea unei coloane regulate despre DSM-IV în Hospital and Community Psychiatry, prezentări frecvente la conferințele naționale și internaționale, precum și prin numeroase articole apărute în diverse publicații.

Cu doi ani înainte de publicarea DSM-IV, Grupul Operativ a publicat și distribuit larg DSM-IV Options Book. Acest volum a prezentat un sumar cuprinzător de propuneri alternative care erau avute în vedere pentru includerea în DSM-IV, cu scopul de a solicita opinii și date suplimentare pentru dezbaterile noastre. Am primit o vastă corespondență de la persoanele interesate, care ne-au furnizat date suplimentare și ne-au făcut recomandări în legătură cu eventualul impact al posibilelor schimbări din DSM-IV asupra practicii lor clinice, precum și asupra învățământului, cercetării și activității administrative. Această amploare a discuțiilor ne-a ajutat să anticipăm unele probleme și să încercăm să reperăm cea mai bună soluție dintre diferitele opțiuni. Cu un an înainte de publicarea DSM-IV, o schiță aproape finală a seturilor de criterii propuse a fost distribuită pentru a permite o ultimă revizuire critică.

Spre a ajunge la deciziile finale referitoare la DSM-IV, Grupurile de Lucru și Grupul Operativ au analizat toate datele empirice și vasta corespondență adunată. Convingerea noastră este că inovația majoră a DSM-IV constă, nu în modificările conținutului specific, ci în procesul sistematic și explicit prin care el a fost construit și documentat. Mai mult decât oricare altă nomenclatură a tulburărilor mentale, DSM-IV este fondat pe date empirice.

## Fundamentare istorică

Necesitatea unei clasificări a tulburărilor mentale este evidentă de-a lungul întregii istorii a medicinii, dar a existat puțin consens asupra tulburărilor care ar trebui să fie incluse și a metodei optime pentru organizarea lor. Numeroasele nomenclaturi elaborate în decursul ultimelor două milenii diferă între ele prin accentul relativ pus pe fenomenologie, etiologie și evoluție, ca elemente definitorii. Unele sisteme includ numai o mână de categorii diagnostice, pe când altele includ mii.

În afară de aceasta, diversele sisteme de clasificare a tulburărilor mentale se disting între ele, după cum obiectivul lor principal a fost utilizarea în clinică, în cercetare sau în statistică. Deoarece istoria clasificării este prea vastă pentru a putea fi rezumată aici, ne vom concentra, pe scurt, numai asupra acelor aspecte care au dus în mod direct la elaborarea Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM) și la secțiunea tulburărilor mentale din diversele ediții ale Clasificării Internaționale a Maladiilor (CIM sau ICD).

În Statele Unite, imboldul inițial pentru elaborarea unei clasificări a tulburărilor mentale l-a constituit necesitatea strângerii de informații statistice. Ceea ce ar putea fi considerat ca prima tentativă oficială de a strânge informații despre tulburările mentale în Statele Unite ar fi înregistrarea frecvenței unei categorii — „idiotia/nebunia" la recensământul din 1840. La recensământul din 1880 erau distinse șapte categorii de maladii mentale — mania, melancolia, monomania, pareza, demența, dipsomania și epilepsia. În 1917, Comitetul pentru Statistică al Asociației Americane de Psihiatrie (denumită în acel timp Asociația Medico-Psihologică Americană) [denumirea a fost schimbată în 1921], împreună cu Comisia Națională pentru Igiena Mentală, au formulat un plan care a fost adoptat de Biroul de Recensământ pentru strângerea de statistici uniforme din spitalele de tulburări mentale. Deși acest sistem acorda mai multă atenție utilității clinice decât cel anterior, el rămânea în esență o clasificare statistică. Asociația Americană de Psihiatrie a colaborat după aceea cu Academia de Medicină din New York la elaborarea unei nomenclaturi psihiatrice acceptabile național, care trebuia să fie încorporată în prima ediție a lui American Medical Association's Standard Classified Nomenclature of Disease. Această nomenclatură era destinată în primul rând pacienților internați cu tulburări psihiatrice și neurologice severe.

O nomenclatură mult mai amplă a fost elaborată mai târziu de US Army (și modificată de Veteran Administration) cu scopul de a încadra mai bine tablourile clinice ale pacienților ambulatori, militari în termen și veterani ai celui de al Doilea Război Mondial (de ex., tulburările psihofiziologice, de personalitate și acute). În același timp, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a publicat cea de a șasea ediție a ICD care, pentru prima dată, includea și o secțiune pentru tulburările mentale. ICD-6 a fost influențată considerabil de nomenclatura lui Veteran Administration și includea 10 categorii pentru psihoze, 9 pentru psihonevroze și 7 pentru tulburările de caracter, de comportament și de inteligență.

Comitetul pentru Nomenclatură și Statistică al Asociației Americane de Psihiatrie a elaborat o variantă a CIM-6 care a fost publicată în 1952, ca primă ediție a Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM-I). DSM-I conținea un glosar de descrieri ale categoriilor diagnostice și a fost primul manual oficial de tulburări mentale axat pe utilitatea clinică. Uzul termenului de reacție peste tot în DSM-I reflectă influența concepției psihobiologice a lui Adolf Meyer, conform căreia tulburările mentale reprezintă reacții ale personalității la factorii psihologici, sociali și biologici. În parte și din cauza lipsei de acceptare largă a taxonomiei tulburărilor mentale conținute în ICD-6 și ICD-7, OMS a sponsorizat o revizuire cuprinzătoare a entităților diagnostice, care a fost condusă de psihiatrul britanic Stengel. Raportul său poate fi creditat ca inspirând multe dintre progresele recente în metodologia diagnosticului, în special necesitatea unor definiții explicite, ca mijloc de promovare a unor diagnostice clinice fidele. Cu toate acestea însă, runda următoare de revizuire diagnostică, și care a dus la DSM-II și ICD-8, nu a urmat recomandările lui Stengel în prea mare măsură. DSM-II era asemănător cu DSM-I, dar a eliminat termenul de reacție.

Așa cum fost cazul cu DSM-I și DSM-II, elaborarea DSM-III a fost coordonată cu elaborarea următoarei versiuni (a noua) a ICD, care a fost publicată în 1975 și implementată în 1978. Lucrul la DSM-III a început în 1974, iar în 1980 acesta a fost publicat. DSM-III introduce un număr important de inovații metodologice, incluzând criterii de diagnostic explicite, un sistem multiaxial și o abordare descriptivă care încerca să fie neutră față de teoriile etiologice. Acest efort a fost ușurat de vasta activitate empirică, apoi de modul de construire și validare a criteriilor de diagnostic explicite și de elaborarea interviurilor semistructurate. ICD-9 nu a inclus criterii de diagnostic sau un sistem multiaxial în mare măsură, deoarece principala funcție a acestui sistem internațional era aceea de a delimita categorii spre a facilita strângerea de date statistice despre sănătatea de fond. Din contra, DSM-III a fost elaborat cu scopul suplimentar de a oferi o nomenclatură medicală pentru clinicieni și cercetători. Din cauza insatisfacției, tuturor specialităților medicale față de lipsa de specificitate a ICD-9, a fost luată decizia de a o modifica pentru a fi utilizată în Statele Unite, rezultând astfel ICD-9-CM (pentru modificare clinică).

Experiența cu DSM-III a revelat o serie de contradicții în sistem, precum și un număr de cazuri în care criteriile nu erau în întregime clare. De aceea, Asociația Americană de Psihiatrie a numit un Grup de Lucru pentru a revizui DSM-III, acesta efectuând revizuirile și corecturile care au dus la publicarea DSM-III-R în 1987.

## Procesul de revizuire a DSM-IV

Cea de a treia ediție a Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM-III) a reprezentat un important progres în diagnosticarea tulburărilor mentale și a facilitat în mare măsură cercetarea empirică. Elaborarea DSM-IV a beneficiat de creșerea substanțială a cercetării referitoare la diagnostic, care a fost generată, în parte, de DSM-III și de DSM-III-R. Cele mai multe diagnostice au acum o literatură empirică sau seturi de date valabile care sunt relevante pentru deciziile referitoare la revizuirea manualului de diagnostic. Grupul Operativ și Grupurile de Lucru au condus un proces empiric în trei etape care a inclus: 1) revizuiri sistematice și cuprinzătoare ale literaturii publicate, 2) reanalizarea seturilor de date deja colectate și 3) testări extinse în teren, axate pe problemele controversate.

### Revizuirea literaturii

Au fost sponsorizate două conferințe metodice pentru a articula toate Grupurile de Lucru la un procedeu sistematic de reperare, extragere, strângere și interpretare a datelor într-o manieră cuprinzătoare și obiectivă. Sarcinile inițiale ale fiecărui Grup de Lucru DSM-IV au fost acelea de a identifica cele mai relevante probleme controversate pentru fiecare diagnostic și de a stabili tipurile de date empirice adecvate pentru rezolvarea lor. Unui membru sau consilier al Grupului de Lucru i-a fost repartizată responsabilitatea conducerii unei treceri în revistă cuprinzătoare a literaturii relevante care ar putea oferi informații pentru rezolvarea problemei controversate și pentru documentarea textului DSM-IV. Domeniile avute în vedere în luarea deciziilor au inclus utilitatea clinică, reliabilitatea, validitatea descriptivă, caracteristicile performanțelor psihometrice ale criteriilor individuale și un număr de variabile validante.

Fiecare revizuire a literaturii a specificat: 1) problemele și aspectele (controversate) ale textului și criteriilor considerate și semnificația lor cu referire la DSM-IV; 2) metoda de evaluare (incluzând sursele de identificare a studiilor relevante, numărul studiilor luate în considerație, criteriile de includere și de excludere din evaluare și variabilele înregistrate în fiecare studiu; 3) rezultatele evaluării (incluzând un sumar descriptiv al studiilor, referitor la metodologie, tip, corelatele esențiale ale datelor, datele relevante și analizele care au condus la aceste date și 4) diversele opțiuni pentru rezolvarea problemelor controversate, avantajele și dezavantajele fiecărei opțiuni, recomandări și sugestii pentru o cercetare suplimentară care va fi necesară pentru a oferi o rezolvare mai concludentă .

Scopul evaluărilor critice ale literaturii DSM-IV a fost acela de a furniza informații cuprinzătoare și imparțiale și de a garanta faptul că DSM-IV reflectă cea mai bună literatură clinică și de cercetare. Pentru acest motiv, noi am utilizat explorările sistematice pe computer și evaluările critice făcute de un mare număr de consilieri pentru a fi siguri că acoperirea în literatură este corespunzătoare și că interpretarea rezultatelor este corectă. Avizul a fost cerut în special de la acele persoane considerate a avea o atitudine critică față de concluziile evaluării. Evaluările literaturii au fost revizuite de mai multe ori pentru a obține un rezultat cât mai cuprinzător și mai echilibrat posibil. Trebuie menționat că pentru unele chestiuni controversate ridicate de către Grupurile de Lucru ale DSM-IV, în special pentru cele care erau de natură mai teoretică sau pentru care nu existau date suficiente, evaluarea critică a literaturii a avut o utilitate limitată. Cu toate aceste limite, evaluările au fost utile în documentarea suportului rațional și empiric al deciziilor luate de Grupurile de Lucru ale DSM-IV.

## Reanalizarea datelor

Când o revizuire a literaturii a revelat o lipsă a probelor (sau probe contradictorii) pentru rezolvarea unui aspect, am făcut adesea uz de două surse adiționale – reanalizarea datelor și testările în teren pentru a lua deciziile finale. Analizele unor seturi de date relevante nepublicate au fost suportate de o bursă acordată Asociației Americane de Psihiatrie de John D. and Catherine T. MacArthur Foundation. Cele mai multe dintre cele 40 de reanalize ale datelor efectuate pentru DSM-IV au implicat colaborarea mai multor investigatori din diferite locuri. Acești cercetători și-au prezentat în comun datele lor la întrebările puse de Grupurile de Lucru referitoare la criteriile incluse în DSM-III-R sau la criteriile care puteau fi incluse în DSM-IV. Reanalizarea datelor a făcut, de asemenea, posibil ca Grupurile de Lucru să elaboreze diverse seturi de criterii care au fost testate apoi în trialurile din teren ale DSM-IV. Deși, în cea mai mare parte, seturile de date utilizate în reanalizări au fost colectate ca parte a studiilor epidemiologice sau a unor studii referitoare la tratament ori a altor studii clinice, acestea s-au arătat, de asemenea, a fi extrem de relevante pentru problemele de ordin nosologic cu care s-au confruntat Grupurile de Lucru ale DSM-IV.

## Testările în teren

Douăsprezece testări în teren ale DSM-IV au fost sponsorizate de National Institute of Mental Health (NIMH) în colaborare cu National Institute on Drug Abuse (NIDA) și de National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Testările în teren au permis Grupurilor de Lucru ale DSM-IV să compare opțiunile

alternative și să studieze impactul posibil al modificărilor sugerate. Testările în teren au comparat DSM-III, DSM-III-R, ICD-10 și seturile de criterii propuse pentru DSM-IV în 5-10 locuri diferite pentru testarea în teren, cu aproximativ 100 de subiecți pentru fiecare loc. Au fost alese diverse locuri, cu grupuri reprezentative de subiecți de proveniență socioculturală și etnică diferită, pentru a asigura generalizabilitatea rezultatelor testărilor în teren și a testa unele dintre cele mai dificile probleme de diagnostic diferențial. Cele 12 testări în teren au inclus peste 70 de locuri și au evaluat mai mult de 6000 de subiecți. Testările în teren au colectat informații despre fidelitatea și performanța caracteristicilor fiecărui set de criterii ca întreg, ca și a itemilor specifici din cadrul fiecărui set de criterii. Testările în teren au ajutat, de asemenea, la stabilirea de punți între cercetarea clinică și practica clinică prin precizarea a cât de bine sugestiile pentru schimbare, derivate din cercetarea clinică, se aplică în practica clinică.

## Criteriile pentru schimbare

Deși a fost aproape imposibil să se elaboreze criterii absolute și infailibile pentru momentul când trebuie făcute schimbări, au existat câteva principii care au ghidat eforturile noastre. Pragul pentru efectuarea revizuirilor DSM-IV a fost mai înalt decât cel pentru DSM-III și DSM-III-R. Deciziile au trebuit să fie concretizate prin formulări explicite ale rațiunii lor de a fi și prin evaluarea critică sistematică a datelor empirice relevante. Pentru a crește caracterul practic și utilitatea clinică a DSM-IV, criteriile au fost simplificate și clarificate când aceasta a putut fi justificat de datele empirice. A fost făcută încercarea de a găsi un echilibru optim în DSM-IV cu privire la tradiția istorică (ca întruchipată de DSM-III și DSM-III-R), compatibilitatea cu ICD-10, datele din evaluarea critică a literaturii, analizele seturilor de date nepublicate, rezultatele testării în teren și consensul terenului. Deși numărul de date necesare pentru a determina schimbări a fost ridicat la cel mai înalt prag, el a variat în mod necesar pe secțiune transversală prin diversele tulburări, pentru că și suportul empiric pentru deciziile luate în DSM-III și DSM-III-R a variat, de asemenea, pe secțiune transversală prin acestea. Desigur, a fost necesar bunul simț, iar modificările majore pentru a rezolva probleme minore au necesitat mai multe date decât modificările minore pentru a rezolva probleme majore.

Am primit sugestii de a include numeroase diagnostice noi în DSM-IV. Proponenții argumentau că noile diagnostice sunt necesare pentru a ameliora acoperirea sistemului prin includerea unui grup de indivizi care erau nediagnosticabili în DSM-III-R sau diagnosticabili numai la rubrica *fără altă specificație*. Noi am decis însă că, în general, noile diagnostice trebuie incluse în sistem numai după ce cercetarea va stabili că acestea trebuie să fie incluse și nu să le includem pentru a stimula cercetarea. Diagnosticelor deja incluse în ICD-10 li s-a acordat însă mai multă considerație decât celor care au fost recent propuse pentru DSM-IV. Utilitatea marginală crescută, claritatea și acoperirea prevăzute de fiecare diagnostic nou propus au trebuit să fie contrapuse incomodității cumulative impuse întregului sistem, paucității documentării empirice și posibilelor erori de diagnostic sau de utilizare abuzivă care ar putea surveni. Nici o clasificare a tulburărilor mentale nu poate avea un număr suficient de categorii specifice pentru a cuprinde orice tablou clinic imaginabil. Categoriile *fără altă specificație* sunt prevăzute pentru a acoperi nu rarele tablouri clinice care se află la limita definițiilor categoriale specifice.

## Colecția de documente a DSM-IV

Documentația a fost baza esențială a DSM-IV. *DSM-IV Sourcebook* publicată în patru volume este concepută să ofere un document testimonial cuprinzător și accesibil pentru suportul clinic și de cercetare al diverselor decizii luate de Grupurile de Lucru și de Grupul Operativ. Primele trei volume ale lui Sourcebook conțin versiunile condensate ale 150 de revizuiri ale literaturii DSM-IV. Volumul IV conține rapoarte despre reanalizarea datelor, rapoarte ale testărilor în teren și un sumar administrativ final al motivelor pentru deciziile luate de fiecare Grup de Lucru. În plus, multe articole au fost stimulate de eforturile pentru o documentare empirică în DSM-IV și acestea au fost publicate în revistele Colegiului Medicilor.

# Relația cu ICD-10

Cea de a zecea revizuire a lui *International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems* (ICD-10) elaborată de OMS a fost publicată în 1992. O modificare clinică a ICD-10 (ICD-10-CM) este avută în vedere spre a fi implementată în Statele Unite în 2004. Cei care au preparat ICD-10 și DSM-IV au lucrat cu atenție pentru a-și coordona eforturile, ceea ce a dus la o mare influență reciprocă . ICD-10 constă dintr-un sistem de codificare oficial și din alte documente și instrumente clinice și de cercetare asociate. Codurile și termenii prevăzuți în DSM-IV sunt pe deplin compatibili atât cu ICD-9-CM, cât și cu ICD-10 (vezi anexa H). Schițele clinice și de cercetare ale ICD-10 au fost examinate în detaliu de Grupurile de Lucru ale DSM-IV și au sugerat importante subiecte pentru revizuirea literaturii și reanalizarea datelor pentru DSM-IV. Versiuni ale schițelor criteriilor de diagnostic pentru cercetare ale ICD-10 au fost incluse ca alternative pentru a fi comparate cu seturile de criterii ale DSM-III, DSM-III-R și cu seturile de criterii sugerate pentru DSM-IV în testările în teren ale DSM-IV. Multele consultări dintre redactorii DSM-IV și ICD-10 (care au fost facilitate de NIMH, NIDA și NIAAA) au fost extrem de utile în creșterea congruenței și reducerea diferențelor nesemnificative în formulare dintre cele două sisteme.

# Revizuirea textului DSM-IV

Una dintre cele mai importante utilizări a DSM-IV a fost aceea de instrument educațional. Aceasta este valabil în special pentru textul descriptiv care acompaniază seturile de criterii ale tulburărilor DSM-IV. Dat fiind faptul că intervalul dintre DSM-IV și DSM-V va fi mai extins în comparație cu intervalele dintre edițiile anterioare (7 ani între DSM-III și DSM-III-R, iar între DSM-III-R și DSM-IV de cel puțin 12 ani; în realitate 7 ani, 1987-1994) informațiile din text (care au fost redactate pe baza literaturii de până în 1992) riscă să fie tot mai mult depășite de volumul mare de cercetări publicate în fiecare an. În scopul construirii unei punți între DSM-IV și DSM-V era de presupus o revizuire a textului DSM-IV. Scopurile acestei revizuiri a textului sunt multiple:1) să corecteze orice fel de erori factuale identificate în textul DSM-IV; 2) să revadă textul DSM-IV pentru a avea garanția că informațiile de orice fel sunt încă actuale; 3) să facă modificări ale textului DSM-IV astfel încât acestea să reflecte noile informații disponibile de la revizuirea literaturii DSM-IV, care a fost efectuată în 1992; 4) să facă îmbunătățiri care să crească valoarea educațională a DSM-IV și 5) să actualizeze acele coduri

ICD-9-CM care au fost schimbate după actualizarea codificării DSM-IV în 1996. Ca și în cazul DSM-IV original, toate modificările propuse pentru text a trebuit să fie susținute de date empirice. Mai mult decât atât, toate modificările propuse au fost limitate la anumite secțiuni ale textului (de ex., elemente și tulburări asociate, prevalență). Nu au fost avute în vedere modificări ale seturilor de criterii, nu au fost primite nici un fel de propuneri de includere a unor noi tulburări, a unor noi subtipuri sau de modificari ale statusului categoriilor din anexele DSM-IV.

Procesul de revizuire a început în 1997 prin numirea Grupurilor de Lucru pentru revizuirea textului DSM-IV, care corespund structurii Grupurilor de Lucru ale DSM-IV original. Președinții Grupurilor de Lucru ale DSM-IV original au fost consultați mai întâi cu privire la compoziția acestor Grupuri de Lucru pentru revizuirea textului. Fiecărui Grup de Lucru pentru revizuirea textului i s-a dat ca sarcină principală actualizarea textului unei secțiuni a DSM-IV. Aceasta implica revederea atentă a textului spre a identifica erorile și omisiunile și apoi conducerea unei revizuiri cuprinzătoare și sistematice a literaturii care s-a centrat pe un material relevant publicat începând din 1992. Membrii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului au făcut apoi o schiță a modificărilor propuse, însoțită de justificări scrise ale modificărilor respective, împreună cu bibliografia relevantă. În cursul a o serie de conferințe telefonice, modificările propuse, justificările și bibliografia, au fost prezentate de un membru al Grupului de Lucru pentru revizuirea textului, altor membri ai Grupului de Lucru pentru revizuirea textului care și-au spus cuvântul în legătură cu faptul dacă modificările erau justificate pe baza documentației care le susținea. Odată ce schițele modificărilor propuse erau finalizate de Grupurile de Lucru pentru revizuirea textului, modificările au fost larg difuzate unui grup de consilieri pentru fiecare secțiune specifică (constând din membri Grupului de Lucru original pentru DSM-IV, suplimentat de consilieri auxiliari) pentru comentariu și revizuire în continuare. Acestor consilieri li s-a creat oportunitatea de a sugera modificări suplimentare dacă ei puteau oferi probe suficient de convingătoare spre a justifica includerea în text. După trecerea în revistă a comentariilor consilierilor, schițele finale ale modificărilor propuse au fost supuse pentru revizuire finală și aprobare Comitetului pentru Evaluare și Diagnostic în Psihiatrie al APA (American Psychiatric Association's Committee on Psychiatric Diagnosis and Assessment).

Cele mai multe dintre modificările bazate pe literatură propuse au avut loc în secțiunile elemente și tulburări asociate (care include și datele de laborator asociate); elemente specifice culturii, etății și sexului; prevalență; evoluție și pattern familial ale textului. În cazul unor tulburări, a fost extinsă secțiunea de diagnostic diferențial spre a oferi diferențieri mai cuprinzătoare. Anexa D (vezi pag. 829) oferă o imagine globală a modificărilor incluse în această revizuire a textului.

## Definiția *Tulburării Mentale*

Deși acest volum este intitulat *Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale*, termenul de *tulburare mentală* din nefericire implică o distincție între tulburările „mentale" și tulburările „somatice", care este un anacronism reducționist al dualismului minte/corp. O literatură riguroasă demonstrează că există mult „somatic" în tulburările „mentale"și mult „mental" în tulburările „somatice". Problema ridicată de termenul de tulburări „mentale" a fost mult mai clară decât rezolvarea sa și, din nefericire, termenul persistă și în titlul DSM-IV, deoarece nu am găsit un substitut corespunzător.

De asemenea, deși acest manual oferă o clasificare a tulburărilor mentale, trebuie admis că nici o definiție nu specifică în mod adecvat limite precise pentru conceptul de „tulburare mentală ". Conceptul de tulburare mentală, ca și multe alte concepte din medicină și știință, este lipsit de o definiție operațională adecvată care să acopere toate situațiile. Toate condițiile medicale sunt definite la diferite nivele de abstractizare – de ex., patologie structurală (colita ulceroasă), prezentarea de simptome (migrena), devierea de la o normă fiziologică (hipertensiunea arterială) și etiologie (pneumonia pneumococică). Tulburările mentale au fost definite printr-o varietate de concepte (de ex, detresă, disfuncție, discontrol, dezavantaj, incapacitate, inflexibilitate, irațională, pattern sindromic, etiologie, și deviere statistică). Fiecare dintre acestea este un indicator util pentru o tulburare mentală, dar nici unul nu este echivalent cu conceptul, iar situații diferite reclamă definiții diferite.

În disprețul acestor obstacole, definiția de *tulburare mentală* care a fost inclusă în DSM-III și DSM-III-R este prezentată aici deoarece este la fel de utilă ca oricare altă definiție disponibilă și a ajutat la ghidarea deciziilor referitoare la care condiții situate la limita dintre normalitate și patologie trebuie incluse în DSM-IV. În DSM-IV fiecare dintre tulburările mentale este conceptualizată ca un pattern sau sindrom psihologic sau comportamental semnificativ clinic care apare la un individ și care este asociat cu detresă prezentă (de ex., un simptom supărător) sau incapacitate (adică, deteriorare într-unul sau în mai multe domenii de funcționare) sau cu un risc crescut de a suferi moartea, durerea, infirmitatea sau o pierdere importantă a libertății. În plus, patternul sau sindromul nu trebuie să fie pur și simplu, un răspuns sancționat cultural și previzibil la un anumit eveniment, de exemplu, la moartea unei ființe iubite. Indiferent de cauza care l-a generat, el trebuie considerat în mod uzual o manifestare a unei disfuncții biologice, psihologice sau comportamentale în individ. Nici comportamentul deviant (de ex., politic, religios sau sexual), nici conflictele care există, în primul rând între individ și societate, nu sunt tulburări mentale cu excepția faptului când devianța sau conflictul este un simptom al unei disfuncții a individului, așa cum este descrisă mai sus.

O concepție eronată comună este aceea că o clasificare a tulburărilor mentale clasifică indivizi, când în realitate ceea ce este clasificat sunt tulburările pe care le au indivizii. Pentru acest motiv, textul DSM-IV (așa cum a făcut și textul DSM-III-R) evită uzul unor expresii ca „un schizofrenic" sau „un alcoolic" și utilizează expresiile mai corecte, dar mai incomode de „un individ cu schizofrenie" sau de „un individ cu dependență alcoolică ".

## Probleme controversate în utilizarea DSM-IV

### Limitele abordării categoriale

DSM-IV este o clasificare categorială care divide tulburările mentale în tipuri pe baza unor seturi de criterii cu elemente care le definesc. Acest mod de indicare a categoriilor este metoda tradițională de organizare și de transmitere a informațiilor în viața de zi cu zi și a fost abordarea fundamentală utilizată în toate sistemele de diagnostic medical. O abordare categorială de clasificare lucrează mai bine când toți membrii unei clase diagnostice sunt omogeni, când există limite clare între clase și când clase diferite sunt mutual exclusive. Cu toate acestea, trebuie recunoscute și limitele sistemului de clasificare categorială.

În DSM-IV nu există nici o afirmație că fiecare categorie de tulburare mentală este o entitate complet distinctă, cu limite absolute care o separă de alte tulburări mentale sau de nici o tulburare mentală. De asemenea, nu există nici o afirmație că toți indivizii descriși ca având aceeași tulburare mentală sunt identici sub toate aspectele importante. Clinicianul care utilizează DSM-IV trebuie, de aceea, să aibă în vedere faptul că indivizii care au același diagnostic este posibil să fie heterogeni chiar cu privire la elementele definitorii ale diagnosticului și că în cazurile limită va fi dificil de pus diagnosticul în alt mod decât într-o manieră probabilistă. Acest punct de vedere permite o mai mare flexibilitate în utilizarea sistemului, încurajează acordarea de mai multă atenție cazurilor limită și subliniază necesitatea procurării de informații clinice suplimentare care să meargă dincolo de diagnostic. Recunoscând heterogenitatea tablourilor clinice, DSM-IV include adesea seturi de criterii politetice, din care individul necesită prezența numai a unui subset de itemi dintr-o listă mai lungă (de ex., diagnosticul de tulburare de personalitate borderline cere prezența a numai cinci dintre cei nouă itemi).

S-a sugerat ca în DSM-IV, clasificarea să fie organizată conform unui model dimensional mai curând decât modelului categorial utilizat în DSM-III-R. Un sistem dimensional clasifică tablourile clinice pe baza cuantificării atributelor mai curând decât pe baza stabilirii de categorii și lucrează cel mai bine în descrierea fenomenelor care sunt distribuite continuu și care nu au limite clare. Deși sistemele dimensionale cresc fidelitatea și comunică mai multă informație clinică (deoarece ele descriu atribute clinice care pot fi subliminale într-un sistem categorial), ele au, de asemenea, limite serioase și, deocamdată, sunt mai puțin utile decît sistemele categoriale în practica clinică și în stimularea cercetării. Descrierile dimensionale numerice sunt mult mai puțin familiare și vii decât sunt dimensiunile categoriale pentru tulburările mentale. În plus, nu există încă nici un acord asupra alegerii dimensiunilor optime care să fie utilizate pentru scopurile clasificării. Cu toate acestea, este posibil ca prin intensificarea cercetărilor asupra sistemelor dimensionale și prin familiarizarea cu ele, să se ajungă la o mai mare acceptare a lor, atât ca metodă de comunicare a informației, cât și ca instrument de cercetare.

## Uzul judecății clinice

DSM-IV este o clasificare a tulburărilor mentale care a fost elaborată pentru a fi utilizată în condiții clinice, de învățământ și de cercetare. Categoriile diagnostice, criteriile și descrierile din text sunt destinate utilizării de către persoane cu antrenament clinic corespunzător și experiență în diagnostic. Este important ca DSM-IV să nu fie aplicat mecanic de către persoane neantrenate. Criteriile de diagnostic specifice incluse în DSM-IV sunt destinate să servească drept ghid spre a fi informat prin judecata clinică și nu spre a fi utilizate în maniera unei cărți de bucate. De exemplu, exercitarea judecății clinice poate justifica acordarea unui anumit diagnostic unui individ chiar dacă tabloul clinic nu satisface criteriile complete pentru diagnosticul respectiv, atât timp cât simptomele prezente sunt persistente și severe. Pe de altă parte, lipsa de familiarizare cu DSM-IV sau aplicarea excesiv de flexibilă și idiosincratică a criteriilor sau convențiilor DSM-IV reduce substanțial utilitatea sa ca limbaj comun de comunicare.

Pe lângă necesitatea unui antrenament și a judecății clinice, este, de asemenea, importantă metoda colectării datelor. Aplicarea corectă a criteriilor de diagnostic incluse în acest manual necesită o evaluare care accesează în mod direct informația conținută în seturile de criterii (de ex., dacă un sindrom a persistat o perioadă

minimă de timp). Evaluările care se reduc numai la testarea psihologică și nu acoperă conținutul criteriilor (de ex., testarea proiectivă) nu pot fi utilizate în mod valabil ca sursă primară de informație diagnostică.

## Utilizarea DSM-IV în situații medico-legale

Când descrierile textuale, criteriile și diagnosticele DSM-IV sunt utilizate în scopuri medico-legale, există riscuri semnificative ca informațiile diagnostice să fie utilizate sau înțelese în mod eronat. Aceste pericole apar din cauza acordului imperfect dintre problemele de interes esențial pentru lege și informația conținută într-un diagnostic clinic. În cele mai multe situații, diagnosticul clinic al unei tulburări mentale a DSM-IV nu este suficient pentru a stabili existența în scop legal a unei „tulburări mentale", „incapacități mentale", „maladii mentale" sau „defect mental". În a stabili dacă un individ satisface un standard legal specificat (de ex., pentru competență, responsabilitate penală sau incapacitate) sunt necesare de regulă informații suplimentare, cu mult peste cele conținute în diagnosticul DSM-IV. Acestea pot include informații despre deteriorările funcționale ale individului și despre modul cum aceste deteriorări afectează capacitățile specifice în chestiune. Exact pentru faptul că deteriorările, capacitățile și incapacitățile variază larg în cadrul fiecărei categorii diagnostice, stabilirea unui anumit diagnostic nu implică un nivel specific de deteriorare sau incapacitate.

Cei care iau decizii nonclinice trebuie să fie atenți la faptul că un diagnostic nu are nici un fel de implicații obligatorii referitoare la cauzele tulburării mentale a individului sau la deteriorările asociate cu aceasta. Includerea unei tulburări în clasificare (ca în medicină, în general) nu cere să fie cunoscută și etiologia sa. De asemenea, faptul că tabloul clinic al unui individ satisface criteriile pentru un diagnostic DSM-IV nu comportă nici un fel de implicații referitoare la gradul de control al individului asupra comportamentului care poate fi asociat cu tulburarea. Chiar când controlul diminuat asupra propriului comportament este un element al tulburării, a avea diagnosticul în sine nu demonstrează că un anumit individ este (sau a fost) incapabil să-și controleze comportamentul la un moment dat.

Trebuie notat că DSM-IV reflectă un consens referitor la clasificarea și diagnosticul tulburărilor mentale care provine încă de la prima sa publicare. Cunoștințele noi obținute din cercetare sau experiența clinică vor duce indubitabil la o creștere a înțelegerii tulburărilor incluse în DSM-IV, la identificarea de noi tulburări și la excluderea unor tulburări din clasificările viitoare. Textul și seturile de criterii incluse în DSM-IV vor necesita reconsiderare în lumina informațiilor noi care vor apare.

Utilizarea DSM-IV în situații medico-legale trebuie să fie pătrunsă de conștientizarea riscurilor și limitelor discutate mai sus. Când sunt utilizate corespunzător, diagnosticele și informațiile diagnostice pot ajuta pe cei care iau decizii în rezoluțiile lor. De exemplu, când prezența unei tulburări mentale este invocată pentru o decizie legală ulterioară (de ex., obligație civilă involuntară), utilizarea unui sistem de diagnostic prestabilit crește valoarea și fidelitatea deciziei. Prin oferirea unui compendium bazat pe o trecere în revistă a literaturii clinice și de cercetare corespunzătoare, DSM-IV poate poate facilita înțelegerea de către cei care iau decizii a caracteristicilor relevante ale tulburărilor mentale. Literatura referitoare la diagnostic servește, de asemenea, drept frână în calea speculațiilor nefondate despre tulburările mentale și despre funcționarea unui anumit individ. În fine, informațiile diagnostice referitoare la evoluția longitudinală pot ameliora luarea deciziei când problema legală interesează funcționarea mentală a unui individ dintr-o perioadă de timp trecută sau viitoare.

## Considerațiuni etnice și culturale

În prepararea DSM-IV au fost făcute eforturi speciale pentru a încorpora conștientizarea faptului că manualul este utilizat în populații diferite cultural în Statele Unite și în alte țări. Clinicienii sunt chemați să evalueze indivizi din numeroase fonduri culturale și grupuri etnice diferite. Evaluarea diagnostică poate fi extrem de interesantă când un clinician dintr-un grup cultural sau etnic utilizează clasificarea DSM-IV pentru a evalua un individ dintr-un alt grup cultural sau etnic. Un clinician care nu este familiarizat cu nuanțele cadrului cultural de referință al individului poate considera incorect ca psihopatologie acele variații în comportament, credințe sau experiențe care sunt proprii culturii individului. De exemplu, anumite practici religioase sau credințe (de ex., auzirea sau vederea unei rude decedate în cursul doliului) pot fi diagnosticate ca manifestări ale unei tulburări psihotice. Aplicarea criteriilor tulburării de personalitate transversal prin condiții culturale poate fi extrem de dificilă din cauza largii variații culturale în conceptele de sine, stilurile de comunicare și mecanismele de a face față.

DSM-IV include trei tipuri de informații care se referă în special la aspectele culturale: 1) discutarea în text a variațiilor culturale din tabloul clinic al acelor tulburări care au fost incluse în clasificarea DSM-IV; 2) descrierea sindromelor circumscrise cultural care nu au fost incluse în clasificarea DSM-IV (acestea sunt incluse în anexa I) și 3) o schemă pentru formularea culturală destinată să ajute clinicianul în evaluarea sistematică și descrierea impactului contextului cultural al individului (de asemenea, în anexa I).

Larga acceptare internațională a DSM sugerează că această clasificare este utilă în descrierea tulburărilor mentale, așa cum sunt ele experientate de indivizii din întreaga lume. Cu toate acestea, evidența sugerează că evoluția și simptomele unui număr de tulburări DSM-IV sunt influențate de factori culturali și etnici. Pentru a facilita aplicarea sa la indivizi din diverse medii culturale și etnice, DSM-IV include o secțiune nouă în text, pentru a acoperi elementele în legătură cu cultura. Această secțiune descrie modurile în care diversele fonduri culturale afectează conținutul și forma prezentării simptomelor (de ex., tulburările depresive caracterizate prin preponderența simptomelor somatice mai curând decât prin tristețe în anumite culturi), expresiile preferate pentru descrierea detresei și informații despre prevalență,când acestea sunt disponibile.

Al doilea tip de informație culturală oferită se referă la „sindroamele circumscrise cultural" care au fost descrise într-una sau în câteva societăți din lume. DSM-IV oferă două moduri de creștere a recunoașterii sindroamelor circumscrise cultural: 1) unele (de ex., *amok, ataque de nervios*) sunt incluse ca exemple separate în categoriile de „fără altă specificație" și 2) o anexă a sindromelor circumscrise cultural (anexa I) a fost introdusă în DSM-IV, aceasta incluzând numele condiției, cultura în care a fost descrisă pentru prima dată și o scurtă descriere a psihopatologiei.

Prevederea unei secțiuni specifice culturii în textul DSM-IV, includerea unui glosar de sindroame circumscrise cultural și prevedera unei scheme pentru formularea culturală sunt destinate să crească aplicarea transculturală a DSM-IV. Se speră că aceste noi elemente vor crește sensibilitatea la variațiile modului în care tulburările mentale pot fi exprimate în diverse culturi și vor reduce efectul posibil al prejudecăților instinctive provenind din propriul mediu cultural al clinicianului.

## Utilizarea DSM-IV în planificarea tratamentului

Punerea unui diagnostic DSM-IV este numai primul pas al unei evaluări cuprinzătoare. Pentru a formula un plan de tratament adecvat, clinicianul va necesita în mod constant informații suplimentare considerabile despre persoana evaluată, în afara celor cerute pentru a pune un diagnostic DSM-IV.

## Disticția dintre *Tulburarea Mentală* și *Condiția Medicală Generală*

Termenii de *tulburare mentală* și de *condiție medicală generală* sunt utilizați peste tot în acest manual. Termenul de *tulburare mentală* a fost explicat mai sus. Termenul de *condiție medicală generală* este utilizat pur și simplu drept o prescurtare convenabilă pentru referirea la condițiile și tulburările care sunt listate în afara capitolului de „Tulburări mentale și de comportament" al ICD. Trebuie recunoscut că aceștia sunt pur și simplu termeni convenționali și nu trebuie luați în sensul că ar exista vreo distincție fundamentală între tulburările mentale și condițiile medicale generale, că tulburările mentale nu au nici o legătură cu factorii sau procesele somatice sau biologice, sau că condițiile medicale generale nu au nici o legătură cu factorii sau procesele psihosociale sau comportamentale.

# Organizarea Manualului

Manualul începe cu instrucțiuni referitoare la utilizarea manualului (pag. 1), urmată de clasificarea DSM-IV-TR (pag.13-26) care prevede o listare sistematică a categoriilor și codurilor oficiale. Următoarea este descrierea sistemului multiaxial al DSM-IV pentru evaluare (pag. 27-37). Aceasta este urmată de criteriile de diagnostic pentru fiecare dintre categoriile diagnostice ale DSM-IV acompaniate de un text descriptiv (pag. 39-743). În final, DSM-IV include 11 anexe.

# Avertisment

Criteriile de diagnostic specificate pentru fiecare tulburare mentală sunt oferite ca repere pentru efectuarea diagnosticului, deoarece s-a demonstrat că utilizarea unor astfel de criterii crește acordul între clinicieni și cercetători. Utilizarea corespunzătoare a acestor criterii cere un antrenament clinic specializat care procură, atât un corp de cunoștințe, cât și aptitudini clinice.

Aceste criterii de diagnostic și clasificarea DSM-IV a tulburărilor mentale reflectă un consens asupra formulărilor curente ale cunoștințelor apărute în domeniul nostru. Ele nu cuprind însă toate condițiile pentru care pot fi tratați oamenii sau care pot fi teme adecvate pentru eforturile cercetării.

Scopul DSM-IV este acela de a oferi descrieri clare categoriilor diagnostice cu scopul de a permite clinicienilor și cercetătorilor să diagnosticheze, să comunice despre aceasta, să studieze și să trateze oamenii cu diverse tulburări mentale. Trebuie înțeles că includerea aici, în scopuri clinice și de cercetare, a unor categorii diagnostice cum sunt jocul de șansă patologic și pedofilia, nu implică și faptul că aceste condiții satisfac criteriile legale sau nonmedicale pentru ceea ce constituie maladie mentală, tulburare mentală sau incapacitate mentală. Considerațiunile de ordin clinic și științific implicate în clasificarea acestor condiții ca tulburări mentale nu pot fi pe deplin relevante pentru raționamente legale, de exemplu, care iau în considerație aspecte cum ar fi responsabilitatea individului, stabilirea incapacității și competenței.

# Utilizarea Manualului

## Procedeele de codificare și raportare

### Codurile diagnostice

Sistemul de codificare oficial în uz în Statele Unite, după publicarea acestui manual, este *Clasificarea Internațională a Maladiilor*, cea de a Noua Revizuire, Modificarea Clinică (ICD-9-CM). Cele mai multe tulburări din DSM-IV au un cod numeric ICD-9-CM care apare de mai multe ori: 1) precedând denumirea tulburării în clasificare (pag. 13-26), 2) la începutul secțiunii textului pentru fiecare tulburare, și 3) însoțind setul de criterii pentru fiecare tulburare. Pentru unele diagnostice (de ex., retardarea mentală, tulburarea afectivă indusă de o substanță), codul corespunzător depinde de specificația care urmează și este menționat după textul și setul de criterii al tulburării. Denumirile unora dintre tulburări sunt urmate de termeni alternativi puși între paranteze, care, în cele mai multe cazuri, sunt denumirile DSM-III-R ale tulburărilor.

Utilizarea codurilor diagnostice este fundamentală pentru stocarea înregistrărilor medicale. Codificarea diagnosticelor ușurează strângerea de date, recuperarea și compilarea informației statistice. Codurile sunt, de asemenea, necesare pentru a raporta date diagnostice care interesează terțe părți, incluzând agențiile guvernamentale, societățile de asigurări private și Organizația Mondială a Sănătății. De exemplu, în Statele Unite, utilizarea acestor coduri a fost mandatată de Health Care Financing Administration în scop de rambursare prin sistemul Medicare.

Subtipurile (dintre care unele sunt codificate cu o a cincea cifră) și specificanții sunt prevăzuți pentru a crește specificitatea. *Subtipurile* definesc subgrupări fenomenologice în cadrul unui diagnostic, care se exclud reciproc și sunt exhaustive împreună în cadrul unui diagnostic, și sunt indicate prin instrucțiunea „de specificat tipul" din setul de criterii. De exemplu, tulburarea delirantă este subtipată pe baza conținutului ideilor delirante în șapte subtipuri: erotomanic, de grandoare, de gelozie, de persecuție, somatic, mixt și nespecificat. Din contra, *specificanții* nu sunt concepuți a fi exclusivi reciproc și exhaustivi împreună, și sunt indicați prin instrucțiunea „de specificat dacă" din setul de criterii (de ex., pentru fobia socială, instrucțunea notifică „de specificat dacă: generalizată"). Specificanții oferă oportunitatea de a descrie o subgrupare mai omogenă de indivizi cu tulburarea, care au în comun anumite elemente (de ex., tulburare depresivă majoră, cu elemente melancolice). Deși o a cincea cifră este destinată uneori să codifice un subtip sau specificant (de ex., 294.11 Demență de tip Alzheimer, cu debut tardiv, cu idei delirante) sau severitatea (296.21 Tulburare depresivă majoră, episod unic, ușor), majoritatea subtipurilor și specificanților incluși în DSM-IV nu pot fi codificați în cadrul sistemului ICD-9-CM și sunt indicați numai prin includerea subtipului sau specificantului după numele tulburării (de ex., fobie socială, generalizată).

## Specificanții de severitate și de evoluție

Un diagnostic DSM-IV este aplicat de regulă stării prezente a individului și nu este utilizat, în general, pentru a indica diagnosticele anterioare din care individul s-a recuperat. Următorii specificanți, indicând severitatea și evoluția, pot fi menționați după diagnostic: ușoară, moderată, severă, în remisiune parțială, în remisiune completă, „istoric anterior de..."

Specificanții, ușoară, moderată și severă trebuie utilizați numai când criteriile pentru tulburare sunt actualmente integral satisfăcute. În a decide dacă tabloul clinic trebuie descris ca ușor, moderat sau sever, clinicianul trebuie să ia în considerație numărul și intensitatea semnelor și simptomelor tulburării și orice deteriorare care rezultă în funcționarea profesională sau socială. Pentru majoritatea tulburărilor pot fi utilizate următoarele linii directoare:

**Ușoară.** Sunt prezente puține, dacă nu chiar nici un simptom în exces față de cele cerute pentru a pune diagnosticul, iar simptomele nu duc decât la o deteriorare minoră în funcționarea socială sau profesională.

**Moderată.** Sunt prezente simptome sau deteriorare funcțională între „ușoară" și „severă".

**Severă.** Sunt prezente multe simptome în exces față de cele cerute pentru a pune diagnosticul sau sunt prezente mai multe simptome extrem de severe, ori simptomele conduc la o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională.

**În remisiune parțială.** Toate criteriile pentru tulburare au fost satisfăcute anterior, dar actualmente au rămas numai câteva simptome sau semne ale tulburării.

**În remisiune completă.** Nu mai există nici un fel de simptome sau semne ale tulburării, dar clinic este încă important a se menționa tulburarea — de exemplu, la un individ cu episoade anterioare de tulburare bipolară care sub tratament cu litiu nu a mai prezentat nici un fel de simptome în ultimii trei ani. După o perioadă de timp de remisiune completă, clinicianul poate considera individul ca recuperat, și, ca atare, nu va mai codifica tulburarea ca diagnostic curent. Diferențierea remisiunii complete de recuperare necesită luarea în considerație a mai multor factori, incluzând evoluția caracteristică a tulburării, timpul scurs de la ultima perioadă de perturbare, durata totală a perturbării și necesitatea de evaluare continuă sau de tratament profilactic.

**Istoric anterior.** Pentru anumite scopuri, poate fi utilă notarea istoricului criteriilor care au fost satisfăcute pentru o tulburare, chiar când se consideră că individul s-a recuperat din ea. Atari diagnostice de tulburare mentală în trecut vor fi indicate prin utilizarea specificantului de istoric anterior (de ex., « Anxietate de separare, istoric anterior », la un individ cu un istoric de anxietate de separare care nu are nici o tulburare curentă sau care actualmente satisface criteriile pentru panică).

Criterii specifice pentru a defini formele ușoară, moderată și severă, au fost prevăzute pentru următoarele tulburări: retardarea mentală, tulburarea de conduită, episodul maniacal și episodul depresiv major. De asemenea, au fost prevăzute criterii specifice pentru definirea remisiunii parțiale și complete pentru următoarele tulburări: episodul maniacal, episodul depresiv major și dependența de o substanță.

## Recurența

Nu rar în practica clinică, indivizii, după o perioadă de timp în care criteriile complete pentru tulburare nu mai sunt satisfăcute (adică, se află în remisiune parțială sau completă, ori sunt recuperați), pot dezvolta simptome care sugerează o recurență a tulburării lor inițiale, dar care nu satisface complet pragul pentru acea tulburare, după cum este specificat în setul de criterii. Este o problemă de judecată clinică, cum ar fi mai bine să se indice prezența acestor simptome. Sunt aplicabile următoarele alternative:

- Dacă simptomele sunt considerate a fi un nou episod al unei condiții recurente, tulburarea poate fi diagnosticată drept curentă (sau provizorie), chiar înainte ca toate criteriile să fie satisfăcute (de ex., după satisfacerea criteriilor pentru un episod depresiv major, pentru punerea diagnosticului sunt necesare numai 10 zile din 14 câte sunt cerute de regulă).
- Dacă simptomele sunt considerate a fi semnificative clinic, dar nu este clar dacă ele constituie o recurență a tulburării inițiale, poate fi permisă categoria corespunzătoare de „fără altă specificație".
- Dacă se consideră că simptomele nu sunt semnificative clinic, nu se va pune nici un diagnostic curent sau provizoriu, dar poate fi notat „istoric anterior de..." (vezi pag. 2).

## Diagnostic principal/motivul consultației

Când unui individ, în situația de pacient internat în spital, i se pun mai multe diagnostice, *diagnosticul principal* este condiția stabilită după examenul clinic a fi principalul responsabil de internarea în spital a individului. Când unui individ îi este pus mai mult decât un singur diagnostic, în situația de pacient ambulatoriu, *motivul consultației* este condiția care este principalul responsabil pentru serviciile de asistență medicală ambulatorie primite în timpul consultației. În cele mai multe cazuri, diagnosticul principal sau motivul consultației este, de asemenea, principalul centru al atenției sau tratamentului. Adesea este dificil (și oarecum arbitrar) să se precizeze care este diagnosticul principal sau motivul consultației, în special în situațiile de „diagnostic dublu" (un diagnostic în legătură cu o substanță, cum ar fi dependența de amfetamină, însoțit de un diagnostic fără legătură cu vreo substanță, cum ar fi schizofrenia). De exemplu, poate fi neclar care diagnostic trebuie să fie considerat „principal" la un individ spitalizat, atât pentru schizofrenie, cât și pentru o intoxicație cu amfetamină, pentru că se poate ca fiecare condiție să fi contribuit în egală măsură la necesitatea internării și tratamentului.

Diagnosticele multiple pot fi raportate în mod multiaxial (vezi pag. 35) sau în mod nonaxial (vezi pag. 37). Când diagnosticul principal este o tulburare de pe axa I, acest lucru este indicat prin menționarea sa, primul. Restul tulburărilor sunt menționate în ordinea importanței lor pentru atenție și tratament. Când o persoană are, atât pe axa I, cât și pe axa II câte un diagnostic, diagnosticul principal sau motivul consultației se consideră a fi diagnosticul de pe axa I, exceptând cazul în care diagnosticul de pe axa II este urmat de expresia calificativă „(diagnostic principal)" sau „(motiv pentru consultație)".

## Diagnostic provizoriu

Specificantul de *provizoriu* poate fi utilizat când există prezumția fermă că în cele din urmă criteriile pentru tulburare vor fi satisfăcute pe deplin, dar în prezent nu

este disponibilă suficientă informație pentru a pune un diagnostic de certitudine. Clinicianul poate indica incertitudinea diagnostică prin menționarea expresiei „(provizoriu)" după diagnostic. De exemplu, individul pare a avea o tulburare depresivă majoră, dar este incapabil să prezinte un istoric adecvat pentru a se putea stabili că toate criteriile sunt satisfăcute. O altă utilizare a termenului de provizoriu este cea pentru situațiile în care diagnosticul diferențial depinde exclusiv de durata maladiei. De exemplu, diagnosticul de tulburare schizofreniformă necesită o durată de mai puțin de 6 luni și poate fi pus numai provizoriu, dacă este stabilit înainte ca să survină remisiunea.

## Utilizarea categoriilor „Fără Altă Specificație"

Din cauza diversității tablourilor clinice, este imposibil pentru nomenclatura diagnostică să acopere orice situație posibilă. Din această cauză, fiecare clasă diagnostică are cel puțin o categorie fără altă specificație (FAS), iar unele clase au mai multe categorii FAS. Există patru situații în care este oportun un diagnostic FAS:

- Tabloul clinic se conformează liniilor directoare generale pentru o tulburare mentală din clasa diagnostică, dar tabloul simptomatologic nu satisface criteriile pentru nici una dintre tulburările specifice. Aceasta se întâmplă, fie atunci când simptomele sunt sub pragul diagnostic pentru vreuna dintre tulburările specifice, fie când există un tablou clinic atipic sau mixt.
- Tabloul clinic se conformează unui pattern de simptome care nu este inclus în clasificarea DSM-IV, dar care cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic. Criteriile de cercetare pentru unele dintre aceste patternuri de simptome au fost incluse în anexa B („Seturi de criterii și axe prevăzute pentru studiu suplimentar"), în care caz este prevăzută o pagină de referință pentru setul de criterii de cercetare sugerate în anexa B.
- Există incertitudine în legătură cu etiologia (adică, referitor la faptul dacă tulburarea este datorată unei condiții medicale generale, este indusă de o substanță, ori este primară).
- Există puține șanse pentru o strângere de date complete (de ex., în situații de urgență) sau informațiile sunt inconsistente sau contradictorii, dar există suficiente informații pentru a plasa tulburarea într-o clasă diagnostică anume (de ex., clinicianul stabilește că individul prezintă simptome psihotice, dar nu dispune de suficiente informații pentru a diagnostica o tulburare psihotică specifică).

## Modurile de indicare a incertitudinii diagnostice

Tabelul următor prezintă diversele moduri în care clinicianul poate indica incertitudinea diagnostică :

| Termen | Exemple de situații clinice |
|---|---|
| Coduri V (Pentru alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice) | Isuficientă informație pentru a ști dacă sau nu problema prezentă este atribuibilă unei tulburări mentale, de ex., problemă școlară; comportament antisocial al adultului. |

| Termen | Exemple de situații clinice |
|---|---|
| 799.9 Diagnostic sau condiție amânată pe axa I | Informație inadecvată pentru a putea face vreo judecată diagnostică în legătură cu un diagnostic sau condiție de pe axa I. |
| 799.9 Diagnostic amânat pe axa II | Informație inadecvată pentru a putea face vreo judecată diagnostică în legătură cu un diagnostic sau condiție de pe axa II. |
| 300.9 Tulburare mentală nespecificată (nonpsihotică) | Este disponibilă suficientă informație pentru a exclude o tulburare psihotică, dar altă specificație în plus nu este posibilă. |
| 298.9 Tulburare psihotică fără altă specificație | Este disponibilă suficientă informație pentru a stabili prezența unei tulburări psihotice, dar altă specificație în plus nu este posibilă. |
| [Clasa tulburărilor] Fără altă specificație, de ex., Tulburare depresivă FAS | Este disponibilă suficientă informație pentru a indica clasa tulburării prezente, dar altă specificație în plus nu este posibilă, fie pentru că nu există suficientă informație pentru a pune un diagnostic mai specific, fie pentru că elementele clinice ale tulburării nu satisfac criteriile pentru nici una din categoriile specifice din clasa respectivă. |
| [Diagnostic specific] (Provizoriu), de ex., Tulburare schizofreniformă (Provizoriu) | Este disponibilă suficientă informație pentru a pune un diagnostic „de lucru", dar clinicianul dorește să indice un grad semnificativ de incertitudine. |

# Criteriile utilizate în mod frecvent

## Criteriile utilizate pentru a exclude alte diagnostice și a sugera diagnosticele diferențiale

Cele mai multe seturi de criterii prezentate în acest manual includ criterii de excludere, necesare pentru a stabili limitele dintre tulburări și pentru a clarifica diagnosticele diferențiale. Multe dintre diversele formulări ale criteriilor de excludere din seturile de criterii ale DSM-IV reflectă diferitele tipuri de relații posibile dintre tulburări:

- **„Criteriile n-au fost satisfăcute niciodată pentru..."** Acest criteriu de excludere este utilizat pentru a defini o ierarhie între tulburări pe tot cursul vieții. De exemplu, diagnosticul de tulburare depresivă majoră nu mai poate fi pus, odată ce a survenit un episod maniacal, și trebuie să fie schimbat cu diagnosticul de tulburare bipolară I.

- **„Criteriile nu sunt satisfăcute pentru...".** Acest criteriu de excludere este utilizat pentru a stabili o ierarhie între tulburări (sau subtipuri), definite pe secțiune transversală. De exemplu, specificantul „cu elemente melancolice" primează față de cel „cu elemente atipice" pentru descrierea episodului depresiv major curent.
- **„nu survine exclusiv în cursul...".** Acest criteriu de excludere previne diagnosticarea unei tulburări când simptomele sale survin numai în cursul altei tulburări. De exemplu, demența nu este diagnosticată separat dacă survine numai în cursul deliriumului; tulburarea de conversie nu este diagnosticată separat dacă survine numai în cursul tulburării de somatizare; bulimia nervoasă nu este diagnosticată separat dacă survine numai în cursul episoadelor de anorexie nervoasă. Acest criteriu de excludere este utilizat de regulă în situațiile în care simptome ale unei tulburări sunt elemente asociate sau un subset al simptomelor tulburării prioritare. Clinicianul trebuie să considere perioadele de remisiune parțială ca parte a „cursului altei tulburări". Trebuie menționat că diagnosticul exclus poate fi pus uneori, când tulburarea survine independent (de ex., când tulburarea care exclude se află în remisiune completă).
- **„nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale".** Acest criteriu de excludere este utilizat pentru a indica faptul că etiologia reprezentată de o substanță sau de o condiție medicală generală trebuie luată în considerație și exclusă înainte ca tulburarea să poată fi diagnosticată (de ex., tulburarea depresivă majoră poate fi diagnosticată numai după ce etiologiile reprezentate de uzul unei substanțe și de o condiție medicală generală au fost excluse).
- **„nu este explicată mai bine de..."** Acest criteriu de excludere este utilizat pentru a indica faptul că tulburările menționate în criteriu trebuie luate în considerație la efectuarea diagnosticului diferențial al psihopatologiei prezente și că, în cazurile de limită, va fi necesară judecata clinică pentru a preciza care tulburare reprezintă cel mai corespunzător diagnostic. În astfel de cazuri, pentru ghidare, trebuie consultată secțiunea „diagnostic diferențial" a textului pentru tulburări.

Convenția generală în DSM-IV este aceea de a permite ca diagnostice multiple să fie atribuite acelor tablouri clinice care satisfac criteriile pentru mai mult decât o singură tulburare DSM-IV. Există trei situații în care criteriile de excludere mai sus menționate ajută la stabilirea unei ierarhii diagnostice (și deci previn diagnosticele multiple) sau la scoaterea în evidență a considerațiunilor de diagnostic diferențial (și deci descurajează diagnosticele multiple):

- Când o tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale sau o tulburare indusă de o substanță este răspunzătoare de simptome, ea primează față de diagnosticul tulburării primare corespunzătoare cu aceleași simptome (de ex., tulburarea afectivă indusă de cocaină primează față de tulburarea depresivă majoră). În astfel de cazuri, un criteriu de excludere conținând expresia „nu se datorează efectelor fiziologice directe ale..." este inclus în setul de criterii pentru tulburarea primară.
- Când o tulburare mai pervasivă (de ex., schizofrenia) are printre simptomele sale definitorii (sau printre simptomele asociate), ceea ce sunt simptomele definitorii ale unei tulburări mai puțin pervasive (de ex., distimia), unul din următoarele trei criterii de excludere apare în setul de criterii pentru tulburarea

mai puțin pervasivă, indicând faptul că numai tulburarea mai pervasivă este diagnosticată: „Criteriile n-au fost niciodată satisfăcute pentru...", „Criteriile nu sunt satisfăcute pentru...", „nu survine exclusiv în cursul...".

- Când există delimitări de diagnostic diferențial extrem de dificile, expresia „nu este explicată mai bine de..." este inclusă pentru a indica faptul că este necesară judecata clinică pentru a stabili care este diagnosticul cel mai adecvat. De exemplu, panica cu agorafobie include criteriul „nu este explicată mai bine de fobia socială", iar fobia socială include criteriul „nu este explicată mai bine de panica cu agorafobie", ca recunoaștere a faptului că este extrem de dificil de trasat o delimitare. În unele cazuri, ambele diagnostice pot fi adecvate.

## Criteriile pentru tulburările induse de o substanță

Adesea este dificil de stabilit dacă simptomatologia prezentată este indusă de o substanță, adică, dacă este consecința fiziologică directă a unei intoxicații sau abstinențe de o substanță, a uzului unui medicament sau expunerii la un toxic. În dorința de a oferi un ajutor în a face această precizare, cele două criterii menționate mai jos au fost adăugate la fiecare dintre tulburările induse de o substanță. Aceste criterii sunt menite să ofere linii directoare generale, dar în același timp iau în considerație judecata clinică în a preciza dacă sau nu simptomele prezentate sunt cel mai bine explicate de efectele fiziologice directe ale substanței. Pentru o discuție suplimentară a acestei probleme vezi pag. 209.

B. Evidența din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, fie a (1), fie a (2):

   (1) simptomele au apărut în timp ori în decurs de o lună de la intoxicația sau abstinența de o substanță;
   (2) uzul unui medicament este etiologic în legătură cu perturbarea.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare care nu este indusă de o substanță. Proba că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare care nu este indusă de o substanță poate include următoarele: simptomele preced debutul uzului de substanță (sau medicament); simptomele persistă o perioadă considerabilă de timp (de ex., în jur de o lună) după încetarea abstinenței acute sau a intoxicației severe, ori sunt substanțial în exces față de ceea ce ar fi de expectat, date fiind tipul, durata ori cantitatea de substanță utilizată; ori există alte date care sugerează existența unei tulburări independente, noninduse de o substanță (de ex., un istoric de episoade recurente fără legatură cu o substanță).

## Criteriile pentru o tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale

Criteriul menționat mai jos este necesar pentru a stabili exigența etiologică pentru fiecare dintre tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale (de ex., tulburarea depresivă datorată hipotiroidismului). Pentru o discuție suplimentară a acestei probleme, vezi pag. 181.

Evidența din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, a faptului că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.

## Criteriile pentru semnificația clinică

Definiția *tulburării mentale* din introducerea DSM-IV cere să existe o detresă sau deteriorare semnificativă clinic. Pentru a ilustra importanța luării în considerație a acestui aspect, seturile de criterii pentru cele mai multe tulburări includ un criteriu de semnificație clinică (formulat de regulă așa „...cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare"). Acest criteriu ajută la stabilirea pragului pentru diagnosticul unei tulburări în acele situații în care tabloul clinic în sine (în special, în formele sale ușoare) nu este în mod inerent patologic, și poate fi întâlnit și la indivizii pentru care un diagnostic de „tulburare mentală" ar fi necorespunzător. A afirma că acest criteriu este satisfăcut, în special în termeni de funcționare a rolului, este inerent o judecată clinică dificilă. Utilizarea de informații obținute de la membrii familiei și de la terți (pe lângă cele furnizate de ins) în legătură cu funcționarea individului este adesea necesară.

# Tipurile de informații din textul DSM-IV

Textul DSM-IV descrie sistematic fiecare tulburare sub următoarele rubrici: „elemente de diagnostic", „subtipuri și/sau specificanți", „procedee de înregistrare", „elemente și tulburări asociate", „elemente specifice culturii, etății și sexului", „prevalență", „evoluție", „pattern familial" și „diagnostic diferențial". Când, pentru o secțiune, nu se dispune de nici o informație, secțiunea respectivă nu este inclusă. În unele cazuri, când multe dintre tulburările specifice dintr-un grup de tulburări au elemente comune, această informație este inclusă în introducerea generală la grupul respectiv.

**Elemente de diagnostic.** Această secțiune clarifică criteriile de diagnostic și adesea oferă exemple ilustrative.

**Subtipuri și/sau specificanți.** Această secțiune oferă definiții și scurte comentarii în legătură cu subtipurile și/sau specificanții aplicabili.

**Procedee de înregistrare.** Această secțiune oferă indicații pentru raportarea denumirii tulburării și pentru alegerea și înregistrarea codului diagnostic ICD-9-CM corespunzător. Ea include, de asemenea, instrucțiuni de aplicare a oricăror subtipuri și/sau specificanți corespunzători.

**Elemente și tulburări asociate.** Această secțiune este de regulă subdivizată în trei părți:

- *Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.* Această secțiune include elementele clinice care sunt asociate în mod frecvent cu tulburarea, dar care nu sunt considerate esențiale pentru punerea diagnosticului. În unele cazuri, aceste elemente au fost avute în vedere pentru includerea lor drept criterii de diagnostic posibile, dar au fost insuficient de sensibile sau de specifice pentru a fi incluse în setul de criterii final. De asemenea, în această secțiune sunt menționate și alte tulburări mentale asociate cu tulburarea în discuție. Este specificat (când se cunoaște), dacă aceste tulburări preced, survin concomitent cu, ori sunt consecințele tulburării în chestiune (de ex., demența persistentă indusă de alcool este consecința dependenței cronice de alcool). Dacă sunt

disponibile, informațiile în legătură cu factorii predispozanți și complicațiile sunt, de asemenea, incluse în această secțiune.

- *Date de laborator asociate.* Această secțiune furnizează informații despre trei tipuri de date de laborator care pot fi asociate cu tulburarea: 1) datele de laborator asociate, care sunt considerate a fi „diagnostice" pentru tulburare, de exemplu datele polisomnografice în anumite tulburări de somn; 2) datele de laborator care nu sunt considerate a fi diagnostice pentru tulburare, dar care au fost notate ca anormale la grupul de indivizi cu tulburarea, în comparație cu subiecții de control – de exemplu dimensiunea ventriculilor la tomografia computerizată, ca validant al conceptului de schizofrenie; 3) datele de laborator asociate cu complicațiile unei tulburări, de exemplu, dezechilibrele electrolitice la indivizii cu anorexie nervoasă.
- *Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.* Această secțiune include informații în legătură cu simptomele, obținute din istoric, sau datele notate în timpul examenului somatic, care pot fi de importanță diagnostică, dar care nu sunt esențiale pentru diagnostic, de exemplu eroziunea dentară din bulimia nervoasă. De asemenea, sunt incluse acele tulburări codificate în afara capitolului de „Tulburări mentale și de comportament" al ICD, care sunt asociate cu tulburarea în discuție. Cât despre tulburările mentale asociate, tipul de asociație (adică, precede, apare concomitent sau este consecința a) este specificat, dacă este cunoscut – de exemplu că ciroza este o consecință a dependenței alcoolice.

**Elemente specifice culturii, etății și sexului.** Această secțiune oferă ghidare pentru clinician în legătură cu variațiile în prezentarea tulburării, care pot fi atribuite condiției culturale a individului, stadiului de dezvoltare (de ex., perioadei de sugar, copilăriei, adolescenței, perioadei adulte, perioadei târzii a vieții) sau sexului. Această secțiune include, de asemenea, informații despre ratele de prevalență diferențială în legătură cu cultura, etatea și sexul (de ex., rata sexului).

**Prevalență.** Această secțiune furnizează date despre prevalența și incidența la un moment dat și pe viață, și riscul pe viață. Aceste date sunt prevăzute pentru diferite situații (de ex., comunitate, profilaxie primară, pacient ambulator într-o clinică de sănătate mentală, și pacient internat în instituții psihiatrice), când această informație este cunoscută.

**Evoluție.** Această secțiune descrie patternurile tipice de prezentare și de evoluție pe viață ale tulburării. Ea conține informații despre *etatea la debut* și *modul de debut* (de ex., brusc sau insidios) al tulburării; *evoluția episodică* versus *continuă*; *episod unic* versus *recurent*; *durată*, care caracterizează lungimea tipică a maladiei și a episoadelor sale, și *progresiunea*, care descrie tendința generală a tulburării în timp (de ex., stabilitate, agravare, ameliorare).

**Pattern familial.** Această secțiune descrie date despre frecvența tulburării printre rudele biologice de gradul I ale celor cu tulburarea, în comparație cu frecvența în populația generală. Ea indică, de asemenea, alte tulburări care tind să survină mai frecvent la membrii familiei celor cu tulburarea. Informațiile referitoare la natura ereditară a tulburării (de ex., date din studiile pe gemeni, patternuri de transmisie genetică cunoscute) sunt, de asemenea, incluse în această secțiune.

**Diagnostic diferențial.** Această secțiune discută cum să se diferențieze tulburarea respectivă de alte tulburări care au prezente unele caracteristici similare.

## Planul de organizare al DSM-IV

Tulburările DSM-IV sunt grupate în 16 clase diagnostice majore (de ex., tulburările în legătură cu o substanță, tulburările afective, tulburările anxioase) și o secțiune adițională, „alte condiții care pot fi centrul atenției clinice".

Prima secțiune este destinată „Tulburărilor diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență". Această împărțire a clasificării în raport cu etatea la prezentare este făcută pentru comoditate și nu este absolută. Cu toate că tulburările din această secțiune sunt de regulă evidente pentru prima dată în copilărie și adolescență, unii indivizi diagnosticați cu tulburări situate în această secțiune (de ex, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție) pot să nu facă obiectul atenției clinice până în perioada adultă. În afară de aceasta, nu este deloc rar ca etatea la debut pentru multe tulburări plasate în alte secțiuni să fie în copilărie sau adolescență (de ex., tulburarea depresivă majoră, schizofrenia, anxietatea generalizată). Clinicienii care lucrează în primul rând cu copiii și adolescenții, trebuie, de aceea, să fie familiarizați cu întregul manual, iar cei care lucrează în primul rând cu adulții trebuie să fie familiarizați cu această secțiune.

Următoarele trei secțiuni — „Deliriumul, demența, tulburarea amnestică și alte tulburări cognitive", „Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale" și „Tulburările în legătură cu o substanță" — erau grupate împreună în DSM-III-R sub titlul unic de „Sindrome și tulburări mentale organice". Termenul de „tulburare mentală organică" nu mai este utilizat în DSM-IV, deoarece el implică în mod incorect faptul că celelalte tulburări mentale din manual nu au o bază biologică. Ca și în DSM-III-R, aceste secțiuni sunt plasate în manual înaintea restului tulburărilor din cauza priorității lor în diagnosticul diferențial (de ex., cauzele de dispoziție depresivă în legătură cu o substanță trebuie să fie excluse înainte de a pune un diagnostic de tulburare depresivă majoră). Pentru a facilita diagnosticul diferențial, liste complete ale tulburărilor mentale datorate unei condiții medicale generale și ale tulburărilor în legătură cu o substanță apar în aceste secțiuni, pe când textul și criteriile pentru aceste tulburări sunt plasate în secțiunile diagnostice cu tulburările cu care ele au comună fenomenologia. De exemplu, textul și criteriile pentru tulburarea afectivă indusă de o substanță și pentru tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale sunt incluse în secțiunea tulburărilor afective.

Principiul organizator pentru toate celelalte secțiuni rămase (cu excepția tulburărilor de adaptare) este acela de a grupa tulburările pe baza elementelor fenomenologice pe care le au în comun, cu scopul de a facilita diagnosticul diferențial. Secțiunea „Tulburărilor de adaptare" este organizată diferit, prin aceea că aceste tulburări sunt bazate pe etiologia lor comună (de ex., reacția dezadaptativă la un stresor). De aceea, tulburările de adaptare includ o varietate de tablouri clinice heterogene (de ex., tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă, tulburarea de adaptare cu anxietate, tulburarea de adaptare cu perturbarea conduitei).

În final, DSM-IV mai include o secțiune pentru „Alte condiții care pot fi centrul atenției clinice".

DSM-IV include 10 anexe:

**Anexa A: Arborii de decizie pentru diagnosticul diferențial.** Această anexă conține șase arbori de decizie (pentru tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale, tulburările induse de o substanță, tulburările psihotice,

tulburările afective, tulburările anxioase și tulburările somatoforme). Scopul lor este acela de a ajuta clinicianul la efectuarea diagnosticului diferențial și înțelegerea structurii ierarhice a clasificării DSM-IV.

**Anexa B: Seturile de criterii și axele prevăzute pentru studiu suplimentar.** Această anexă conține un număr de propuneri care au fost sugerate pentru posibila includere în DSM-IV. Scurte texte și seturi de criterii pentru cercetare sunt prevăzute pentru următoarele tulburări: tulburarea postcontuzională, tulburarea neurocognitivă ușoară, abstinența de cafeină, tulburarea depresivă post psihotică a schizofreniei, tulburarea deteriorativă simplă, tulburarea disforică premenstruală, tulburarea depresivă minoră, tulburarea depresivă recurentă scurtă, tulburarea depresiv-anxioasă mixtă, tulburarea factice prin procură, transa disociativă, tulburarea mâncatul compulsiv, tulburarea de personalitate depresivă, tulburarea de personalitate pasiv-agresivă, parkinsonismul indus de neuroleptice, sindromul neuroleptic malign, distonia acută indusă de neuroleptice, akatisia acută indusă de neuroleptice, diskinezia tardivă indusă de neuroleptice și tremorul postural indus de medicamente. În plus, mai sunt incluși descriptori dimensionali alternativi pentru schizofrenie și un criteriu B alternativ pentru tulburarea distimică. În final sunt prevăzute trei axe propuse (scala pentru funcționarea apărărilor, scala de evaluare globală a funcționării relaționale [SEGFR] și scala de evaluare a funcționării sociale și profesionale [SEFSP] ).

**Anexa C: Glosarul de termeni tehnici.** Această anexă conține definiții de glosar ale unor termeni selectați pentru a ajuta pe cei care folosesc manualul în aplicarea seturilor de criterii.

**Anexa D: Sublinierea modificărilor din DSM-IV Text Revizuit** Această anexă oferă o vedere generală a modificărilor rezultate în urma procesului de revizuire a textului DSM-IV.

**Anexa E: Lista alfabetică a diagnosticelor și codurilor DSM-IV-TR** . Această anexă listează tulburările și condițiile DSM-IV (cu codurile lor ICD-9-CM) în ordine alfabetică. Ea a fost inclusă pentru a ușura selectarea codurilor diagnostice.

**Anexa F: Lista numerică a diagnosticelor și codurilor DSM-IV-TR.** Această anexă listează tulburările și condițiile DSM-IV (cu codurile lor ICD-9-CM), în ordinea numerică a codurilor. Ea a fost inclusă pentru a ușura înregistrarea termenilor diagnostici.

**Anexa G: Codurile ICD-9-CM pentru condițiile medicale generale și tulburările induse de medicamente, selectate.** Această anexă conține o listă a codurilor ICD-9-CM pentru condițiile medicale generale selectate și a fost prevăzută pentru a ușura codificarea pe axa III. Această anexă prevede, de asemenea, codurile E din ICD-9-CM pentru medicamentele selectate, prescrise în doze terapeutice și care cauzează tulburări induse de o substanță. Codurile E pot fi codificate opțional pe axa I, imediat după tulburarea cu care sunt în legătură (de ex., 292.39 Tulburare afectivă indusă de anticoncepționale orale, cu elemente depresive; E 932.2 Anticoncepționale orale).

**Anexa H: Clasificarea DSM-IV cu codurile ICD-10.** Ca și înainte de publicarea textului revizuit (la finele primăverii anului 2000), sistemul de codificare oficial în uz în Statele Unite este *Clasificarea Internațională a Maladiilor*, cea de-a noua revizuire, Modificarea Clinică (ICD-9-CM). În cea mai mare parte a lumii, sistemul oficial

de codificare este *Clasificarea Statistică Internațională a Maladiilor și Problemelor în legătură cu Sănătatea,* cea de a X revizuire (ICD-10). Pentru a facilita utilizarea internațională a DSM-IV, această anexă conține clasificarea completă a DSM-IV cu codurile diagnostice ale ICD-10.

**Anexa I: Schemă pentru formularea culturală și glosarul sindromelor circumscrise cultural.** Această anexă este împărțită în două secțiuni. Prima prevede o schemă pentru formularea culturală destinată să ajute clinicianul în evaluarea sistematică și în descrierea impactului contextului cultural al individului. A doua este un glosar de sindrome circumscrise cultural.

**Anexa J: Colaboratorii la DSM-IV.** Această anexă listează numele consilierilor și participanților la testarea în teren, și a altor persoane și organizații care au contribuit la elaborarea DSM-IV.

Anexa K: Consilierii DSM-IV Text Revizuit. Această anexă listează numele consilierilor care au contribuit la revizuirea textului DSM-IV.

# Clasificarea DSM-IV-TR

FAS = Fără altă specificație

Un x apărut într-un cod diagnostic indică faptul că este cerut un număr de cod specific

O elipsă (...) este utilizată în numele anumitor tulburări pentru a indica faptul că numele unei anumite tulburări mentale sau condiții medicale trebuie inserat când se înregistrează diagnosticul (de ex., Delirium datorat hipotiroidismului)

Numerele dintre paranteze sunt numerele paginilor.

Dacă criteriile sunt satisfăcute actualmente, unul dintre următorii specificanți de intensitate pot fi notați după diagnostic:

ușoară
moderată
severă

Dacă criteriile nu mai sunt satisfăcute, poate fi notat unul dintre următorii specificanți:

în remisiune parțială
în remisiune completă
istoric anterior

**Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în Perioada de Sugar, în Copilărie sau Adolescență** (39)

**RETARDAREA MENTALĂ** (41)

*Notă : Acestea sunt codificate pe axa II.*

317 Retardare mentală ușoară (43)
318.0 Retardare mentală moderată (43)
318.1 Retardare mentală severă (43)
318.2 Retardare mentală profundă (44)
319 Retardare mentală, severitatea nespecificată (44)

**TULBURĂRILE DE ÎNVĂȚARE** (49)

315.00 Dislexie (Tulburarea citirului) (51)
315.1 Discalculie (Tulburare de calcul) (53)
315.2 Disgrafie (Tulburarea expresiei grafice) (54)
315.9 Tulburare de învățare FAS (56)

**TULBURAREA APTITUDINILOR MOTORII** (56)

315.4 Tulburare de dezvoltare a coordonării (56)

**TULBURĂRILE DE COMUNICARE** (58)

315.31 Tulburare de limbaj expresiv (58)
315.32 Tulburare mixtă de limbaj receptiv și expresiv (62)
315.39 Tulburare fonologică (65)
307.0 Balbism (67)
307.9 Tulburare de comunicare FAS (69)

**TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE PERVASIVĂ** (69)

299.00 Tulburare autistă (70)
299.80 Tulburare Rett (76)
299.10 Tulburare dezintegrativă a copilăriei (77)
299.80 Tulburare Asperger (80)
299.80 Tulburare de dezvoltare pervasivă FAS (84)

**TULBURĂRILE DE DEFICIT DE ATENȚIE ȘI DE COMPORTAMENT DISRUPTIV** (85)

314.xx Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție (85)
.01 tip combinat
.00 tip predominant inatent
.01 tip predominant impulsiv-hiperactiv

**Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție FAS** (93)

312.xx Tulburare de conduită (94)
.81 Tip cu debut în copilărie
.82 Tip cu debut în adolescență
.89 Debut nespecificat
313.81 Tulburarea opoziționismul provocator (100)
312.9 Tulburare de comportament disruptiv FAS (103)

**TULBURĂRILE DE ALIMENTARE ȘI DE COMPORTAMENT ALIMENTAR ALE PERIOADEI DE SUGAR SAU ALE MICII COPILARII** (103)

307.52 Pica (103)
307.53 Ruminația (105)
307.59 Tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării (107)

**TICURILE** (108)

307.23 Tulburarea Tourette (111)
307.22 Ticul motor sau vocal cronic (114)
307.21 Ticul tranzitor (115)
*De specificat dacă*: episod unic/recurent
307.20 Tic FAS (116)

**TULBURĂRILE DE ELIMINARE** (116)

___.__ Encoprezis (116)
787.6 cu constipație și incontinență prin preaplin
307.7 fără constipație și incontinență prin preaplin
307.6 Enurezis (nedatorat unei condiții medicale generale) (118)
*De specificat tipul*: numai nocturn/numai diurn/nocturn și diurn

**ALTE TULBURĂRI ALE PERIOADEI DE SUGAR, ALE COPILĂRIEI SAU ADOLESCENȚEI** (121)

309.21 Anxietate de separare (121)
*De specificat dacă*: debut precoce
313.23 Mutism selectiv (125)
313.89 Tulburarea de atașament reactivă a perioadei de sugar sau a micii copilării (127)
*De specificat tipul*: tip inhibat/tip dezinhibat
307.3 Tulburarea de mișcare stereotipă (131)
*De specificat dacă*: cu comportament automutilant
313.9 Tulburare a perioadei de sugar, copilăriei sau adolescenței FAS (134)

**Deliriumul, Demența, Tulburările Amnestice și Alte Tulburări Cognitive** ( 135)

**DELIRIUMUL** (136)

293.0 Delirium datorat.... [*Se indică condiția medicală generală*] *(141)*
___.__ Delirium prin intoxicație cu o substanță (a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe) (143)
___.__ Delirium prin abstinența de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fieecărei substanțe) (143)*

___.__ Delirium datorat unor etiologii multiple *(a se codifica fiecare etiologie specifică)* (146)
780.09 Delirium FAS (147)

**DEMENȚA** (147)

294. xx* Demență de tip Alzheimer, cu debut precoce *(de asemenea, se codifică Maladie Alzheimer, pe axa III)* (154)
.10 fără tulburări de comportament
.11 cu tulburări de comportament
294.xx* Demență de tip Alzheimer, cu debut tardiv *(de asemenea, se codifică Maladie Alzheimer, pe axa III)* (154)
.10 fără tulburări de comportament
.11 cu tulburări de comportament
290.xx Demență vasculară (158)
.40 necomplicată
.41 cu delirium
.42 cu idei delirante
.43 cu dispoziție depresivă
*De specificat dacă*: cu tulburare de comportament

*A se codifica prezența sau absența unei tulburări de comportament cu cea de a cincea cifră pentru* demența datorată unei condiții medicale generale:

0 = fără tulburare de comportament
1 = cu tulburare de comportament

294.1x* Demență datorată maladiei HIV *(de asemenea, se codifică 042 HIV pe axa III)* (163)
294.1x* Demență datorată traumatismului cranian *(de asemenea, se codifică 854.00 Traumatism cranian, pe axa III)* (164)
294.1x* Demență datorată maladiei Parkinson *(de asemenea, se codifică 332.0 Maladie Parkinson, pe axa III)* (164)
294.1x* Demența datorată maladiei Huntington *(de asemenea, se codifică 333.4 Maladie Huntington, pe axa III)* (165)
294.1x* Demența datorată maladiei Pick *(de asemenea, se codifică 331.1 Maladie Pick, pe axa III)* (165)
294.1x* Demența datorată maladiei Creutzfeldt-Jakob *(de asemenea, se codifică 046.1 Maladie Creutzfeldt-Jakob, pe axa III)* (166)
294.1x* Demență datorată... *[Se indică condiția medicală generală nementionată mai sus] (de asemenea, se codifică condiția medicală generală, pe axa III)* (167)
___.__ Demență persistentă indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (168)
___.__ Demența datorată unei etiologii multiple *(se codifică fiecare etiologie specifică)* (170)
294.8 Demență FAS (171)

**TULBURĂRILE AMNESTICE** (172)

294.0 Tulburare amnestică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (175)
*De specificat dacă*: tranzitorie/cronică
___.__ Tulburare amnestică persistentă indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (177)
294.8 Tulburare amnestică FAS (179)

**ALTE TULBURĂRI COGNITIVE** (180)

294.9 Tulburare cognitivă FAS (180)

**Tulburările Mentale datorate unei Condiții Medicale Generale Neclasificate în Altă Parte** (181)

293.89 Tulburarea catatonică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (185)
310:1 Modificare de personalitate datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (187)

*De specificat tipul*: tip labil/tip dezinhibat/tip agresiv/tip apatic/tip paranoid/alt tip/tip combinat/tip nespecificat

293.9 Tulburare mentală FAS datorată... *[Se indică condiția medicală generală ]* (190) .

## Tulburările în legătură cu o Substanță (191)

*Următorii specificanți se aplică dependenței de o substanță după cum urmează :*

[a] cu dependență fiziologică/fără dependență fiziologică

[b] remisiune completă precoce/remisiune parțială precoce remisiune completă prelungită/remisiune parțială prelungită

[c] în mediu controlat

[d] sub terapie agonistă

*Următorii specificanți se aplică tulburărilor induse de o substanță ca notați:*

I cu debut în cursul intoxicației / A cu debut în cursul abstinenței

### TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU ALCOOLUL (212)

**Tulburările uzului de alcool** (213)

303.90 Dependență de alcool a,b,c (213)
305.0 Abuz de alcool (214)

**Tulburările induse de alcool** (214)

303.00 Intoxicație alcoolică (214)
291.81 Abstinență de alcool (215)
*De specificat dacă:* cu tulburări de percepție
291.0 Delirium prin intoxicație alcoolică (143)
291.0 Delirium prin abstinență de alcool (143)
291.2 Demență persistentă indusă de alcool (168)
291.1 Tulburare amnestică persistentă indusă de alcool (177)
291.x Tulburare psihotică indusă de alcool (338)
.5 cu idei delirante [I, A]
.3 cu halucinații [I, A]
291.8 Tulburare afectivă indusă de alcool [I, A] (405)
291.8 Tulburare anxioasă indusă de alcool, [I, A] (479)
291.8 Disfuncție sexuală indusă de alcool [I] (562)
291.8 Tulburare de somn indusă de alcool [I, A] (655)
291.9 Tulburare în legătură cu alcoolul FAS (223)

### TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU AMFETAMINA (SAU CU O SUBSTANȚĂ SIMILARĂ AMFETAMINEI) (223)

**Tulburările uzului de amfetamină** (224)

304.40 Dependență de amfetamină [a, b, c] (224)
305.70 Abuz de amfetamină (225)

**Tulburările induse de amfetamină** (226)

292.89 Intoxicație cu amfetamină (226)
*De specificat dacă*: cu tulburări de percepție
292.0 Abstinență de amfetamină (227)
292.81 Delirium prin intoxicație cu amfetamină (143)
292.xx Tulburare psihotică indusă de amfetamină (338)
.11 cu idei delirante[I]
.12 cu halucinații[I]
292.84 Tulburare afectivă indusă de amfetamină[I, A] (405)
292.89 Tulburare anxioasă indusă de amfetamină[I] (479)
292.89 Disfuncție sexuală indusă de amfetamină[I] (562)
292.9 Tulburare de somn indusă de amfetamină[I, A] (655)
292.9 Tulburare în legătură cu amfetamina FAS (231)

**TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU CAFEINA** (231)

**Tulburările induse de cafeină** (232)
305.90 Intoxicație cu cafeină (232)
292.89 Tulburare anxioasă indusă de cafeină[I] (479)
292.89 Tulburare de somn indusă de cafeină[I] (655)
292.9 Tulburare în legătură cu cafeina FAS (234)

**TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU CANNABISUL** (234)

**Tulburările uzului de cannabis** (236)
304.30 Dependență de cannabis[a,b,c] (236)
305.20 Abuz de cannabis (236)

**Tulburările induse de cannabis** (237)
292.89 Intoxicație cu cannabis (237)
*De specificat dacă*: cu tulburări de percepție
292.81. Delirium prin intoxicație cu cannabis (143)
292.xx Tulburare psihotică indusă de cannabis (338)
.11 cu idei delirante[I]
.12 cu halucinații[I]
292.89 Tulburare anxioasă indusă de cannabis[I] (479)
292.9 Tulburare în legătură cu cannabisul FAS (241)

**TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU COCAINA** (241)

**Tulburările uzului de cocaină** (241)
304.20 Dependență de cocaină [a, b, c] (242)
305.60 Abuz de cocaină (243)

**Tulburările induse de cocaină** (244)
292.89 Intoxicație cu cocaină (244)
*De specificat dacă*: cu tulburări de percepție
292:0 Abstinență de cocaină (245)
292.81 Delirium prin intoxicație cu cocaină (143)
292.xx Tulburare psihotică indusă de cocaină (338)
.11 cu idei delirante[I]
.12 cu halucinații[I]
292.84 Tulburare afectivă indusă de cocaină[I, A] (405)
292.89 Tulburare anxioasă indusă de cocaină[I, A] (479)
292.89 Disfuncție sexuală indusă de cocaină[I] (562)
292.89 Tulburare de somn indusă de cocaină[I, A] (655)
292.9 Tulburare în legătură cu cocaina FAS (250)

**TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU HALUCINOGENELE** (250)

**Tulburările uzului de halucinogene** (251)
304.50 Dependență de halucinogene[b, c] (251)
305.30 Abuz de halucinogene (252)

**Tulburările induse de halucinogene** (252)
292.89 Intoxicație cu halucinogene (252)
292.89 Tulburare de percepție persistentă indusă de halucinogene (Flashbacks) (253)
292:81 Delirium prin intoxicație cu halucinogene (143)
292.xx Tulburare psihotică indusă de halucinogene (338)
.11 cu idei delirante[I]
.12 cu halucinații[I]
292.84 Tulburare afectivă indusă de halucinogene[I] (405)
292.89 Tulburare anxioasă indusă de halucinogene[I] (479)
292:89 Tulburare în legătură cu halucinogenele FAS (257)

**TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU INHALANTELE** (257)

**Tulburările uzului de inhalante** (258)
304:60 Dependență de inhalante[b, c] (258)
305.90 Abuz de inhalante (259)

**Tulburările induse de inhalante** (259)
292.89 Intoxicație cu inhalante (259)
292.81 Delirium prin intoxicație cu inhalante (143)

292.82 Demență persistentă indusă de inhalante (168)
292.xx Tulburare psihotică indusă de inhalante (338)
.11 cu idei delirante[I]
.12 cu halucinații[I]
292.83 Tulburare afectivă indusă de inhalante[I] (405)
292.89 Tulburare anxioasă indusă de inhalante[I] (479)
292.9 Tulburare în legătură cu inhalantele FAS (263)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU NICOTINA (264)

**Tulburarea uzului de nicotină** (264)
305:10 Dependență de nicotină [a, b] (264)

**Tulburarea indusă de nicotină** (265)
292.0 Abstinența de nicotină (265)
292.9 Tulburare în legătură cu nicotina FAS (269)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU OPIACEELE (269)

**Tulburările uzului de opiacee** (270)
304.00 Dependență de opiacee [a, b, c, d] (270)
305.50 Abuz de opiacee (271)

**Tulburările induse de opiacee** (271)
292.89 Intoxicație cu opiacee (271)
*De specificat dacă*: cu tulburări de percepție
292.0 Abstinență de opiacee (272)
292.81 Delirium prin intoxicație cu opiacee (143)
292.xx Tulburare psihotică indusă de opiacee (338)
.11 cu idei delirante[I]
.12 cu halucinații[I]
292.84 Tulburare afectivă indusă de opiacee[I] (405)
292.89 Disfuncție sexuală indusă de opiaceeI (562)
292.89 Tulburare de somn indusă de opiacee [I, A] (655)
292.0 Tulburare în legătură cu opiaceele FAS (277)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU PHENCYCLIDINA (SAU CU O SUBSTANȚĂ SIMILARĂ PHENCYCLIDINEI) (278)

**Tulburările uzului de phencyclidină** (279)
304.90 Dependență de phencyclidină[b, c] (279)
305.90 Abuz de phencyclidină (279)

**Tulburările induse de phencyclidină** (280)
92.89 Intoxicație cu phencyclidină (280)
*De specificat dacă*: cu tulburări de percepție
292.81 Delirium prin intoxicație cu phencyclidină (143)
292.xx Tulburare psihotică indusă de phencyclidină (338)
.11 cu idei delirante[I]
.12 cu halucinații[I]
292.85 Tulburare afectivă indusă de phencyclidină [I] (405)
292.89 Tulburare anxioasă indusă de phencyclidină[I] (479)
292.9 Tulburare în legătură cu phencyclidina FAS (283)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU SEDATIVELE, HIPNOTICELE SAU ANXIOLITICELE (284)

**Tulburările uzului de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (285)
304.10 Dependență de sedative, hipnotice sau anxiolitice a (285)
305.40 Abuz de sedative, hipnotice sau anxiolitice (286)

**Tulburările induse de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (286)
292.89 Intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice (286)
293.0 Abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice (287)
*De specificat dacă*: cu tulburări de percepție
292.81 Delirium prin intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice (143)
292.81 Delirium prin abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice (143)

292.82 Demență persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice (168)
292.83 Tulburare amnestică persistentă indusă de sedative hipnotice sau anxiolitice (177)
292.xx Tulburare psihotică indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice (338)
.11 cu idei delirante [I, A]
.12 cu halucinații [I, A]
292.84 Tulburare afectivă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice [I, A] (405)
292.89 Tulburare anxioasă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice [A] (479)
292.89 Disfuncție sexuală indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice I (562)
292.89 Tulburare de somn indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice [I, A] (655)
292.9 Tulburare în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele FAS (293)

**TULBURAREA ÎN LEGĂTURĂ CU POLISUBSTANȚA** (293)

304.80 Dependență de polisubstanță [a, b, c, d] (293)

**TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU ALTĂ SUBSTANȚĂ (SAU CU O SUBSTANȚĂ NECUNOSCUTĂ)** (294)

**Tulburările uzului de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (295)

304.90 Dependență de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) [a, b, c, d] (192)
305.90 Abuz de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (198)

**Tulburările induse de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (295)

292.89 Intoxicație cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută) (245)
*De specificat dacă*: cu tulburări de percepție
292.0 Abstinență de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (201)
*De specificat dacă*: cu tulburări de percepție
292.81 Delirium indus de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (143)
292.82 Demență persistentă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (168)
292.83 Tulburare amnestică persistentă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (177)
292.xx Tulburarea psihotică indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută (338)
.11 cu idei delirante [I, A]
.12 cu halucinații [I, A]
292.84 Tulburare afectivă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) [I, A] (405)
292.89 Tulburare anxioasă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) [I, A] (479)
292.89 Disfuncție sexuală indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) [I] (562)
292.89 Tulburare de somn indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) [I, A] (655)
292.9 Tulburare în legatură cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută) FAS (295)

**Schizofrenia și Alte Tulburări Psihotice** (297)

295.xx Schizofrenia (298)
*Următoarea clasificare a evoluției longitudinale se aplică tuturor subtipurilor de schizofrenie:*
Episodică, cu simptome reziduale interepisodice (*de specificat dacă*: cu simptome negative notabile)/episodică, fără simptome reziduale interepisodice

Continuă (*de specificat dacă*: cu simptome negative notabile)

Episod unic în remisiune parțială (*de specificat dacă*: cu simptome negative notabile)/episod unic în remisiune completă

Alt pattern sau pattern nespecificat

.30 tip paranoid (313)
.10 tip dezorganizat (314)
.20 tip catatonic (315)
.90 tip nediferențiat (316)
.60 tip rezidual (316)

295.40 Tulburare schizofreniformă (317)
*De specificat dacă:* fără elemente de prognostic bun/ cu elemente de prognostic bun

295.40 Tulburare schizoafectivă (319)
*De specificat tipul*: tip bipolar/tip depresiv

297.1 Tulburare delirantă (323)
*De specificat tipul*: tip erotomanic/tip de grandoare/tip de gelozie/tip de persecuție/tip somatic/tip mixt/tip nespecificat

298.8 Tulburare psihotică scurtă (329)
*De specificat dacă*: cu stresor (i) marcant (i) / fără stresor (i) marcant (i) / cu debut postpartum

297.3 Tulburare psihotică indusă (împărtășită (332)

293.xx Tulburare psihotică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (334)
.81 cu idei delirante
.82 cu halucinații

___.__ Tulburare psihotică indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (338)
*De specificat dacă*: cu debut în cursul intoxicației/cu debut în cursul abstinenței

298.9 Tulburare psihotică FAS (343)

## Tulburările Afective (345)

*A se codifica starea curentă a tulburării depresive majore sau a tulburării bipolare cu cea de a cincea cifră ca:*

1 = ușoară
2 = moderată
3 = severă, fără elemente psihotice
4 = severă, cu elemente psihotice
*De specificat:* cu elemente psihotice congruente cu dispoziția/cu elemente psihotice incongruente cu dispoziția
5 = în remisiune parțială
6 = în remisiune completă
0 = nespecificată

*Următorii specificanți se aplică tulburărilor afective (pentru episodul curent sau cel mai recent) ca notați:*

[a]specificanți de severitate/psihotic/ remisiune/[b]cronic/[c]cu elemente catatonice/[d] cu elemente atipice/[f] cu debut postpartum

*Următorii specificanți se aplică tulburărilor afective ca notați:*

[g] cu sau fără recuperare interepisodică completă/ [h] cu pattern sezonier/[i] cu ciclare rapidă

### TULBURĂRILE DEPRESIVE (369)

296.xx Tulburare depresivă majoră (369)
.2x episod unic [a, b, c, d, e, f]
.3x recurentă [a, b, c, d, e, f, g, h]

300.4 Tulburarea distimică (377)
*De specificat dacă*: cu debut precoce/cu debut tardiv
*De specificat*: cu elemente atipice

311 Tulburare depresivă FAS (381)

### TULBURĂRILE BIPOLARE (382)

296.xx Tulburare bipolară [I] (382)
.0x episod maniacal unic [a, c, f]
*De specificat dacă*: mixt
.40 cel mai recent episod hipomaniacal [g, h, I]
.4x cel mai recent episod maniacal[a, c, f, g, h, i]

.6x cel mai recent episod mixt [a, c, f, g, h, i]

.4x cel mai recent episod depresiv [a, b, c, d, e, f, g, h, i]

.7 cel mai recent episod nespecificat [g, h, i]

296.89 Tulburare bipolară II [a, b, c, d, e, f, g, h, i] (392)
*De specificat* (episodul curent sau cel mai recent): hipomaniacal/depresiv

301.13 Tulburare ciclotimică (398)

296.80 Tulburare bipolară FAS (400)

293.83 Tulburare afectivă datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (401)
*De specificat tipul*: cu elemente depresive/cu episod similar episodului depresiv major/cu elemente maniacale/cu elemente mixte

___.__ Tulburare afectivă indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (405)
*De specificat tipul*: cu elemente depresive/ cu elemente maniacale/ cu elemente mixte
*De specificat dacă*: cu debut în cursul intoxicației/ cu debut în cursul abstinenței

296.90 Tulburare afectivă FAS (410)

## Tulburările Anxioase (429)

300.01 Panică fără agorafobie (433)

300.21 Panică cu agorafobie (441)

300.22 Agorafobie fără istoric de panică (441)

300.29 Fobie specifică (443)
*De specificat tipul*: de animale/de mediu natural/de plăgi-injecții-sânge/de tip situațional/ de alt tip

300.23 Fobie socială (450)
*De specificat dacă:* generalizată

300.3 Tulburare obsesivo-compulsivă (457)
*De specificat dacă*: cu conștiința maladiei redusă

309.81 Stres posttraumatic (463)
*De specificat dacă*: acut sau cronic
*De specificat dacă*: cu debut tardiv

308.3 Stres acut (469)

300.02 Anxietate generalizată (472)

293.89 Tulburarea anxioasă datorată... *[Se indică condiția medicală generală ]* (476)
*De specificat dacă*: cu anxietate generalizată/cu atacuri de panică/cu simptome obsesivo-compulsive

___._ Tulburare anxioasă indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (479)
*De specificat dacă* : cu anxietate generalizată /cu atacuri de panică /cu simptome obsesivo-compulsive/cu simptome fobice
*De specificat dacă* : cu debut în cursul Intoxicației/ cu debut în cursul abstinenței

300.00 Tulburare anxioasă FAS (484)

## Tulburările Somatoforme ( 485 )

300.81 Tulburare de somatizare (486)

300.81 Tulburare somatoformă nediferențiată (490)

300.11 Tulburare de conversie (492)
*De specificat tipul:* cu simptom sau deficit motor/cu simptom sau deficit senzorial/cu crize epileptice sau convulsii/cu tablou clinic mixt

307.xx Tulburare algică (498)
.80 asociată cu factori psihologici
.89 asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală
*De specificat dacă:* acută/cronică

300.7 Hipocondrie (504)
*De specificat dacă*: cu conștiința maladiei redusă

300.7 Tulburare dismorfică corporală (507)

300.81 Tulburare somatoformă FAS (511

**Tulburările Factice** (513)

300.xx Tulburare factice (513)
.16 cu semne și simptome predominant psihologice
.19 cu semne și simptome predominant somatice
.19 cu semne și simptome somatice și psihologice combinate
300.19 Tulburare factice FAS (517)

**Tulburările Disociative** (519)

300.12 Amnezie disociativă (520)
300.13 Fugă disociativă (523)
300.14 Tulburare de identitate disociativă (526)
300.6 Tulburare de depersonalizare (530)
300.15 Tulburare disociativă FAS (532)

**Tulburările Sexuale și de Identitate Sexuală** (535)

**DISFUNCȚILE SEXUALE** (535)

*Următorii specificanți se aplică la toate disfuncțile sexuale primare:*

de tip primar/de tip căpătat

de tip generalizat/de tip situațional

datorată factorilor psihologici/datorată

unor factori combinați

**Tulburările dorinței sexuale** (539)
302.71 Dorință sexuală redusă (539)
302.79 Aversiune sexuală (541)

**Tulburările excitației sexuale** (543)
302.72 Tulburare de excitație sexuală a femeii (543)
302.72 Tulburare de erecție a bărbatului (545)

**Tulburările orgasmice** (547)
302.73 Tulburare de orgasm a femeii (547)
302.74 Tulburare de orgasm a bărbatului (550)
302.75 Ejaculare precoce (prematură) (552)

**Tulburările sexuale dureroase** (554)
302.76 Dispareunie (Nedatorată unei condiții medicale generale) (554)
306.51 Vaginism (Nedatorat unei condiții medicale generale) (556)

**Disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale** (558)
625.8 Dorință sexuală diminuată a femeii datorată...*[Se indică condiția medicală generală]* (558)
608.89 Dorință sexuală diminuată a bărbatului datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
607.84 Tulburare de erecție a bărbatului datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
625.0 Dispareunie feminină datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
608.89 Dispareunie masculină datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
625.8 Altă disfuncție sexuală a femeii datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
608.89 Altă disfuncție sexuală a bărbatului datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)

___.__ Disfuncție sexuală indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (562)
*De specificat dacă*: cu deteriorarea dorinței/cu deteriorarea excitației/cu deteriorarea orgasmului/cu durere la nivelul organelor genitale
*De specificat dacă*: cu debut în cursul intoxicației
302.70 Disfuncție sexuală FAS (566)

**PARAFILIILE** (566)
302.4 Exhibiționism (569)
302.81 Fetișism (569)
302.89 Froteurism (570)
302.2 Pedofilie (571)
*De specificat dacă*: este atras sexual de bărbați/este atras sexual de femei/este atras sexual de ambele sexe
*De specificat dacă*: limitată la incest
*De specificat tipul*: de tip exclusiv/de tip nonexclusiv
302.83 Masochism sexual (572)
302.84 Sadism sexual (573)
302.3 Fetișism transvestic (574)
*De specificat dacă*: cu disforie față de sex
302.82 Voyeurism (575)
302.9 Parafilie FAS (576)

**TULBURĂRILE DE IDENTITAE SEXUALĂ** (576)
302.xx Tulburare de identitate sexuală (576)
.6 la copii
.85 la adolescenți sau la adulți
*De specificat dacă*: este atras sexual de bărbați/ este atras sexual de femei/este atras sexual, de ambele sexe/nu este atras sexual de nici unul dintre sexe
302.6 Tulburare de identitate sexuală FAS (582)
302.9 Tulburare sexuală FAS (582)

**Tulburările de Comportament Alimentar** ( 583)

307.1 Anorexie nervoasă (583)
*De specificat tipul*: de tip restrictiv; de tip mâncat excesiv/de tip purgare
307.51 Bulimie nervoasă (589)
*De specificat tipul*: de tip purgare/de tip nonpurgare
307.50 Tulburare de comportament alimentar FAS (594)

**Tulburările de Somn (597)**

**TULBURĂRILE DE SOMN PRIMARE** (598)

**Dissomniile** (598)
307.42 Insomnie primară (599)
307.44 Hipersomnie primară (604)
*De specificat dacă*: recurentă
347 Narcolepsie (609)
780.59 Tulburare de somn în legătură cu respirația (615)
307.45 Tulburare de ritm circadian a somnului (622)
*De specificat tipul*: de fază de somn întârziat/de decalaj de fus orar/de lucru în ture /de tip nespecificat
307.46 Dissomnie FAS (629)

**Parasomniile** (630)
307.47 Coșmar (631)
307.46 Teroare de somn (634)
307.46 Somnambulism (639)
307.47 Parasomnie FAS (644)

**TULBURĂRILE DE SOMN ÎN LEGATURĂ CU ALTĂ TULBURARE MENTALĂ** (645)
307.42 Insomnie în legătură cu... *[Se indică tulburarea de pe axa I sau axa II]* (645)
307.44 Hipersomnie în legătură cu... *[Se indică tulburarea de pe axa I sau axa II]* (645)

**ALTE TULBURĂRI DE SOMN** (651)

780.xx Tulburare de somn datorată... *[Se indică condiția medicală generală ]* (651)
- .52 de tip insomnie
- .54 de tip hipersomnie
- .59 de tip parasomnie
- .59 de tip mixt

____.__ Tulburare de somn indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (655)

*De specificat tipul*: de tip insomnie/de tip hipersomnie/de tip parasomnie/de tip mixt

*De specificat dacă*: cu debut în cursul intoxicației/ cu debut în cursul abstinenței

**Tulburările Controlului Impulsului Neclasificate în Altă Parte** (663)

312.34 Tulburare explozivă intermitentă (663)
312.32 Kleptomanie (667)
312.33 Piromanie (669)
312.31 Joc de șansă patologic (671)
312.39 Trichotilomanie (674)
312.30 Tulburare a controlului impulsului FAS (677)

**Tulburările de Adaptare** (679)

309.xx Tulburarea de adaptare
- .0 cu dispoziție depresivă
- .24 cu anxietate
- .28 cu dispoziție mixtă, depresivă și anxioasă
- .3 cu perturbare de conduită
- .4 cu perturbare mixtă a emoțiilor și conduitei
- .9 nespecificată

*De specificat dacă*: acută sau cronică

**Tulburările de Personalitate** (685)

*Notă: Acestea sunt codificate pe axa II.*

301.0 Tulburare de personalitate paranoidă (690)
301.20 Tulburare de personalitate schizoidă (694)
301.21 Tulburare de personalitate schizotipală (697)
301.7 Tulburare de personalitate antisocială (701)
301.83 Tulburare de personalitate borderline (706)
301.50 Tulburare de personalitate histrionică (711)
301.81 Tulburare de personalitate narcisistică (714)
301.82 Tulburare de personalitate evitantă (718)
301.6 Tulburare de personalitate dependentă (721)
301.4 Tulburare de personalitate obsesivo compulsivă (725)
301.9 Tulburare de personalitate FAS (729)

**Alte Condiții care se pot afla în Centrul Atenției Clinice** (731)

**FACTORII PSIHOLOGICI CARE AFECTEAZĂ CONDIȚIA MEDICALĂ** (731)

316 *...[De specificat factorul psihologic care afectează...] [Se indică condiția medicală generală]* (731)

*A se alege denumirea pe baza naturii factorilor:*

Tulburare mentală care afectează condiția medicală

Simptome psihologice care afectează condiția medicală

Trăsături de personalitate sau stil de a face față care afectează condiția me dicală
Comportamente dezadaptative pentru sănătate care afectează condiția medicală
Răspuns fiziologic în legătură cu stresul care afectează condiția medicală
Alți factori psihologici sau factori psihologici nespecificați care afectează condiția medicală

**TULBURĂRILE DE MIȘCARE INDUSE DE MEDICAMENTE** (734)

332.1 Parkinsonism indus de neuroleptice (735)
333.92 Sindrom neuroleptic malign (735)
333.7 Distonie acută indusă de neuroleptice (735)
333.99 Akatisie acută indusă de neuroleptice (735)
333.82 Diskinezie tardivă indusă de neuroleptice (736)
333.1 Tremor postural indus de neuroleptice (736)
333.90 Tulburare de mișcare indusă de neuroleptice FAS (736)

**ALTĂ TULBURARE INDUSĂ DE MEDICAMENTE** (736)

995.2 Efectele adverse ale medicamentelor FAS (736)

**PROBLEME RELAȚIONALE** (736)

V61.9 Problemă relațională în legătură cu o tulburare mentală sau cu o condiție medicală generală (737)
V61.20 Problemă relațională părinte-copil (737)
V61.1 Problemă relațională cu partenerul (737)
V61.8 Problemă relațională între frați (737)
V62.81 Problemă relațională FAS (737)

**PROBLEME ÎN LEGĂTURĂ CU ABUZUL SAU NEGLIJAREA** (738)

V61.21 Maltratare a copilului (738)
*(se codifică la 995.5 dacă în centrul atenției se află victima)*
V61.21 Abuz sexual de un copil (738)
*(se codifică la 995.5 dacă în centrul atenției se află victima)*
V61.21 Neglijare a copilului (738)
*(se codifică la 995.5, dacă în centrul atenției se află victima)*
V6.1 Maltratare a adultului (738)
*(se codifică la 995.81, dacă în centrul atenției se află victima)*
V61.1 Abuz sexual de un adult (738)
*(se codifică la 995.81, dacă în centrul atenției se află victima)*

**CONDIȚIILE ADIȚIONALE CARE SE POT AFLA ÎN CENTRUL ATENȚIEI CLINICE** (739)

V15.81 Noncomplianță la tratament (739)
V65.2 Simulare (739)
V71.01 Comportament antisocial al adultului (740)
V71.02 Comportament antisocial al copilului sau adolescentului (740)
V62.89 Funcționare intelectuală liminară (740)
*Notă: Aceasta este codificată pe axa II*
780.9 Declin cognitiv în legătură cu etatea (740)
V62.82 Doliu (740)
V62.3 Problemă școlară (741)
V62.2 Problemă profesională (741)
313.82 Problemă de identitate (741)
V62.89 Problemă religioasă sau spirituală (741)
V62.4 Problemă de aculturație (742)
V62.89 Problemă de fază de viață (742)

**Codurile Adiționale** (743)

300.9 Tulburare mentală nespecificată (nonpsihotică ) (743)
V71.09 Nici un diagnostic sau condiție pe axa I (743)
799.9 Diagnostic sau condiție amânată pe axa I (743)
V71.09 Nici un diagnostic pe axa II (743)
799.9 Diagnostic amânat pe axa II (743)

**Sistemul Multiaxial** (27)

Axa I Tulburările clinice
Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice
Axa II Tulburările de personalitate
Retardarea mentală
Axa III Condițiile medicale generale
Axa IV Problemele psihosociale și de mediu
Axa V Evaluarea globală a funcționării

# Evaluarea multiaxială

Un sistem multiaxial implică o evaluare pe mai multe axe, fiecare axă referindu-se la un domeniu diferit de informații care pot ajuta clinicianul în elaborarea planului de tratament și pot prezice deznodământul. Există cinci axe incluse în clasificarea multiaxială a DSM-IV:

| | |
|---|---|
| Axa I | Tulburările clinice |
| | Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice |
| Axa II | Tulburările de personalitate |
| | Retardarea mentală |
| Axa III | Condițiile medicale generale |
| Axa IV | Problemele psihosociale și de mediu |
| Axa V | Evaluarea globală a funcționării |

Utilizarea sistemului multiaxial facilitează o evaluare cuprinzătoare și sistematică, cu acordarea de atenție diverselor tulburări mentale și condiții medicale generale, problemelor psiho-sociale și de mediu și nivelului de funcționare, care pot fi trecute cu vederea dacă atenția este concentrată pe evaluarea unei singure probleme prezentate. Un sistem multiaxial prevede un format convenabil de organizare și comunicare a informațiilor clinice, de captare a complexității situațiilor clinice și de descriere a heterogenității indivizilor care prezintă același diagnostic. În afară de aceasta, sistemul multiaxial promovează aplicarea modelului biopsihosocial în condiții clinice, educaționale și de cercetare.

Restul acestei secțiuni prevede o descriere a fiecăreia din axele DSM-IV. În unele condiții sau situații, clinicianul poate prefera să nu utilizeze sistemul multiaxial. Pentru acest motiv, la finele acestei secțiuni sunt prevăzute modele pentru raportarea rezultatelor unei evaluări DSM-IV fără aplicarea sistemului multiaxial oficial.

## Axa I: Tulburările clinice
## Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice

Axa I este destinată raportării tuturor tulburărilor și condițiilor din clasificare, cu excepția tulburărilor de personalitate și a retardării mentale (care sunt raportate pe axa II). Grupele majore de tulburări de raportat pe axa I sunt menționate în caseta de mai jos. De asemenea, de raportat pe axa I sunt și alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice.

Când un individ are mai mult decât o singură tulburare de pe axa I, trebuie raportate toate (pentru exemplificare vezi pag. 35). Dacă este prezentă mai mult decât o singură tulburare pe axa I, diagnosticul principal sau motivul consultației (vezi pag. 3) trebuie să fie indicat prin menționarea sa, primul. Când un individ are, atât pe axa I, cât și pe axa II, câte o tulburare, diagnosticul principal sau motivul

consultației va fi considerat tulburarea de pe axa I, exceptând cazul când diagnosticul de pe axa II este urmat de expresia calificativă „(diagnostic principal)" sau „(motivul consultației)". Dacă pe axa I nu este prezentă nici o tulburare, acest fapt trebuie codificat ca V71.09. Dacă un diagnostic pe axa I este amânat până la strângerea de informații suplimentare, acest fapt trebuie să fie codificat ca 799.9.

**Axa I**
**Tulburările clinice**
**Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice**

Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar în copilărie sau adolescență *(excluzând retardarea mentală, care este diagnosticată pe axa II)*
Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive
Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale
Tulburările în legătură cu o substanță
Schizofrenia și alte tulburări psihotice
Tulburările afective
Tulburările anxioase
Tulburările somatoforme
Tulburările factice
Tulburările disociative
Tulburările sexuale și de identitate sexuală
Tulburările de comportament alimentar
Tulburările controlului impulsului neclasificate în altă parte
Tulburările de adaptare
Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice

## Axa II: Tulburările de Personalitate Retardarea Mentală

Axa II este destinată raportării tulburărilor de personalitate și retardării mentale. Ea poate fi utilizată, de asemenea, pentru a nota elementele dezadaptative de personalitate remarcabile și mecanismele de apărare. Menționarea tulburărilor de personalitate și a retardării mentale pe o axă separată asigură acordarea de considerație prezenței posibile a tulburărilor de personalitate și retardării mentale, care altfel pot fi trecute cu vederea când atenția este concentrată asupra unor tulburări de regulă mai floride de pe axa I. Codificarea tulburărilor de personalitate pe axa II nu trebuie să fie considerată ca implicând faptul că patogeneza lor sau că alegerea tratamentului adecvat sunt fundamental diferite de cele pentru tulburările codificate pe axa I. Tulburările de codificat pe axa II sunt menționate în caseta de mai jos.

În situația comună, în care un individ are mai mult decât un singur diagnostic pe axa II, vor trebui raportate toate (pentru exemplificare, vezi pag. 35). Când un individ are, atât pe axa I, cât și pe axa II câte un diagnostic, iar diagnosticul de pe axa II este diagnosticul principal sau motivul consultației, acest lucru trebuie indicat prin adăugarea expresiei calificative de „(diagnostic principal)" sau de „(motiv al consultației)" după diagnosticul de pe axa II. Dacă nu este prezentă nici

o tulburare pe axa II, această eventualitate trebuie să fie codificată ca V71.09. Dacă un diagnostic de pe axa II este amânat până la strângerea de informații suplimentare, acest fapt va fi codificat ca 799.9.

Axa II poate fi, de asemenea, utilizată pentru a indica elementele dezadaptative de personalitate remarcabile care nu satisfac pragul pentru o tulburare de personalitate (în asemenea cazuri, nu trebuie utilizat nici un număr de cod – vezi exemplul 3 de la pag. 37). Utilizarea habituală a mecanismelor de apărare dezadaptative poate fi, de asemenea, indicată pe axa II (vezi anexa B, pag. 811, pentru definiții și exemplul 1 de la pag. 37).

**Axa II**
**Tulburările de personalitate**
**Retardarea mentală**

| | |
|---|---|
| Tulburarea de personalitate paranoidă | Tulburarea de personalitate narcisistică |
| Tulburarea de personalitate schizoidă | Tulburarea de personalitate evitantă |
| Tulburarea de personalitate schizotipală | Tulburarea de personalitate dependentă |
| Tulburarea de personalitate antisocială | Tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă |
| Tulburarea de personalitate borderline | Tulburare de personalitate FAS |
| Tulburarea de personalitate histrionică | Retardarea mentală |

## Axa III: Condițiile Medicale Generale

Axa III este destinată raportării condițiilor medicale generale care sunt potențial relevante pentru înțelegerea sau tratamentul tulburării mentale a individului. Aceste condiții sunt clasificate în afara capitolului de „Tulburări mentale" al ICD-9-CM (și în afara capitolului V al ICD-10). O listă a principalelor categorii de condiții medicale generale este dată în caseta de mai jos. (Pentru o listă mai detaliată incluzând codurile specifice ICD-9-CM, a se consulta anexa G.).

După cum s-a menționat în „Introducere", distincția multiaxială dintre tulburările de pe axa I, II și III nu implică și faptul că există diferențe fundamentale în conceptualizarea lor, că tulburările mentale nu au nici o legătură cu factori sau procese somatice sau biologice, sau că condițiile medicale generale nu au nici o legătură cu factori sau procese comportamentale sau psihosociale. Scopul distingerii condițiilor medicale generale este acela de a încuraja aprofundarea în evaluare și de a crește comunicarea dintre cei care se ocupă de îngrijirea sănătății.

Condițiile medicale generale pot fi în legătură cu tulburările mentale într-o varietate de moduri. În unele cazuri este evident că condiția medicală generală se află în relație etiologică directă cu apariția sau agravarea simptomelor și că mecanismul pentru acest efect este fiziologic. Când o tulburare mentală este considerată a fi consecința fiziologică directă a condiției medicale generale, tulburarea mentală datorată unei condiții medicale generale va trebui să fie diagnosticată pe axa I, iar condiția medicală generală va trebui să fie înregistrată, atât pe axa I, cât și pe axa III. De exemplu, când hipotiroidismul este cauza directă a simptomelor depresive, diagnosticul de pe axa I este 293.83. Tulburare afectivă

datorată hipotiroidismului, cu elemente depresive, iar hipotiroidismul este menționat din nou și codificat pe axa III ca 244.9 (vezi exemplul 3, pag. 37). Pentru explicații suplimentare vezi pag 181.

În acele cazuri, în care relația etiologică dintre condiția medicală generală și simptomele mentale este insuficient de clară pentru a justifica un diagnostic de tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale pe axa I, tulburarea mentală respectivă (de ex., tulburarea depresivă majoră) trebuie să fie menționată și codificată pe axa I; condiția medicală generală va fi codificată numai pe axa III.

Există unele situații în care condițiile medicale generale sunt înregistrate pe axa III din cauza importanței lor pentru înțelegerea globală sau tratamentul individului cu tulburarea mentală. O tulburare de pe axa I poate fi o reacție psihologică la o condiție medicală de pe axa III (de ex., 309.0 Tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă, ca reacție la diagnosticul de carcinom al sânului). Unele condiții medicale generale pot să nu fie în relație directă cu tulburarea mentală, dar cu toate acestea să aibă importante implicații prognostice sau de tratament (de ex., când diagnosticul de pe axa I este 296.2 Tulburare depresivă majoră, iar cel de axa III este 427.9 Aritmie, alegerea farmacoterapiei este influențată de condiția medicală generală; la fel, când o persoană cu diabet zaharat este internată în spital pentru o exacerbare a schizofreniei, iar tratamentul cu insulină trebuie monitorizat).

Când un individ are mai mult decât un singur diagnostic relevant pe axa III, trebuie raportate toate. Pentru exemplificare, vezi pag. 35. Dacă nu este prezentă nici o tulburare pe axa III, acest fapt trebuie indicat prin notația „Axa III: Nici un diagnostic". Dacă un diagnostic de pe axa III este amânat până la strângerea de informații suplimentare, acest fapt trebuie indicat prin mențiunea „Axa III: Diagnostic amânat".

## Axa III
## Condiții Medicale Generale (cu codurile ICD-9-CM)

Maladii infecțioase și parazitare (001-239)
Neoplasme (140-239)
Maladii endocrine, de nutriție și metabolice și tulburări imunologice (240-279)
Maladii ale sistemului nervos și ale organelor de simț (320-389)
Maladii ale sistemului circulator (390-459)
Maladii ale sistemului respirator (460-519)
Maladii ale sistemului digestiv (520-579)
Maladii ale sistemului genito-urinar (580-629)
Complicații ale sarcinii, nașterii și puerperiumului (630-676)
Maladii ale pielii și țesutului subcutanat (680-709)
Maladii ale sistemului osteo-muscular și țesutului conjunctiv (710-739)
Anomalii congenitale (740-759)
Anumite condiții survenind în perioada perinatală (760-779)
Simptome, semne și maladii rău definite (780-799)
Traumatisme și otrăviri (intoxicații) (800-999)

## Axa IV: Probleme Psihosociale și de Mediu

Axa IV este destinată raportării problemelor psihosociale și de mediu care pot afecta diagnosticul, tratamentul și prognosticul tulburărilor mentale (axele I și II). Problema psihosocială sau de mediu poate fi un eveniment de viață negativ, o dificultate sau deficiență ambientală, un stres familial sau un alt stres interpersonal, o inadecvare a suportului social sau a resurselor personale ori alte probleme în legătură cu contextul în care au apărut dificultățile persoanei. Așanumiții stresori pozitivi, cum ar fi promovarea în funcție, trebuie să fie menționați numai dacă constituie sau duc la o problemă, ca atunci când o persoană are dificultăți în a se adapta la o situație nouă. Pe lângă faptul de a juca un rol în inițierea sau exacerbarea unei tulburări mentale, problemele psihosociale pot apare și ca o consecință a psihopatologiei persoanei sau pot constitui probleme care trebuie să fie luate în considerație în planul global de tratament.

Când un individ are multiple probleme psihosociale sau de mediu, clinicianul poate nota atâtea câte consideră a fi relevante. În general, clinicianul trebuie să noteze numai acele probleme psihosociale sau de mediu care au fost prezente în anul precedent evaluării actuale. Însă, clinicianul poate să noteze și problemele psihosociale sau de mediu care au survenit înaintea anului precedent, dacă acestea contribuie la tulburarea mentală sau au devenit ținta tratamentului, de exemplu, experiențele de luptă anterioare care au dus la stresul posttraumatic.

În practică, cele mai multe probleme psihosociale și de mediu vor fi indicate pe axa IV. Însă, când o problemă psihosocială sau de mediu se află în centrul atenției clinice, aceasta trebuie, de asemenea, să fie înregistrată pe axa I, cu un cod provenit din secțiunea „Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice" (vezi pag. 731).

Pentru comoditate, problemele sunt grupate împreună în următoarele categorii:

- **Probleme cu grupul de suport primar** — de ex., moartea unui membru al familiei; probleme de sănătate în familie; destrămarea familiei prin separare, divorț sau înstrăinare; plecarea de acasă; recăsătorirea unui părinte; abuzul sexual sau fizic; hiperprotecția parentală; neglijarea copilului; disciplină inadecvată; discordie între frații; nașterea unui frate
- **Probleme în legătură cu mediul social** — de ex., moartea sau pierderea unui amic; suport social inadecvat; a trăi singur; dificultăți de aculturație; discriminare; adaptarea la tranziția la altă etapă de viață (cum ar fi pensionarea)
- **Probleme educaționale** — de ex., analfabetism, probleme școlare, neînțelegere cu profesorii sau cu colegii; mediu școlar inadecvat
- **Probleme profesionale** — de ex., șomaj, amenințarea cu pierderea serviciului, orar de lucru stresant, condiții de lucru dificile, insatisfacție profesională, schimbarea profesiei, neînțelegere cu patronul sau cu colegii de serviciu
- **Probleme cu locuința** — de ex., lipsa locuinței, locuință necorespunzătoare, vecinătate periculoasă, neînțelegeri cu vecinii sau cu proprietarul
- **Probleme economice** — de ex., paupertate extremă, finanțe insuficiente, ajutor social insuficient
- **Probleme cu accesul la serviciile de asistență medicală** — de ex., servicii de asistență medicală inadecvate, transport inaccesibil la unitățile de asistență medicală, asigurare de sănătate inadecvată
- **Probleme în legătura cu interacțiunea cu sistemul legal/penal** — de ex., arest, închisoare, litigiu, victimă a unui infracțiuni

- **Alte probleme psihosociale și de mediu** — de ex., expunerea la un dezastru, război, alte ostilități, neînțelegere cu tutorii care nu fac parte din familie, cum ar fi un avocat, asistent social sau medic, inaccesibilitate la agențiile de servicii sociale

Când se utilizează formularul de raportare a evaluării multiaxiale (vezi pag. 36), clinicianul trebuie să identifice categoriile relevante de probleme psihosociale și de mediu, și să indice factorii specifici implicați. Dacă nu se utilizează un formular de înregistrare cu o listă a categoriilor de probleme, clinicianul poate nota pur și simplu problemele specifice pe axa IV (Vezi exemplele de la pag. 35).

**Axa IV**
**Probleme psihosociale și de mediu**

Probleme cu grupul de suport primar
Probleme în legătură cu mediul social
Probleme educaționale
Probleme profesionale
Probleme domestice
Probleme economice
Probleme cu accesul la serviciile de asistență medicală
Probleme în legătură cu interacțiunea cu sistemul legal/penal
Alte probleme psihosociale și de mediu

## Axa V: Evaluarea Globală a Funcționării

Axa V este destinată raportării opiniei clinicianului asupra nivelului global de funcționare al individului. Această informație este utilă pentru planificarea tratamentului și măsurarea impactului său și predicția deznodământului.

Raportarea funcționării globale pe axa V poate fi făcută folosind Global Assessment of Functioning (GAF) [Scala de Evaluare Globală a Funcționării (EGF)]. Scala GAF poate fi extrem de utilă în urmărirea progresului clinic al indivizilor în termeni globali, utilizând o singură măsurare. Scala GAF este destinată numai aprecierilor referitoare la funcționarea psihologică, socială și profesională. Instrucțiunile specifică „a nu se include deteriorarea în funcționare datorată restricțiilor somatice (sau de mediu)".

Scala GAF este divizată în 10 categorii de funcționare. A calcula un scor GAF implică alegerea unei singure valori care reflectă cel mai bine nivelul global de funcționare al individului. Descrierea fiecărei categorii de 10 puncte pe scala GAF are două componente: prima parte tratează severitatea simptomelor, iar cea de a doua parte tratează funcționarea. Scorul GAF se calculează în cadrul unei anumite decile dacă, fie severitatea simptomelor, fie nivelul de funcționare cad în categoria respectivă. De exemplu, prima parte a categoriei 41-50 descrie „simptome severe (de ex., ideație suicidală, ritualuri obsesive severe, furturi frecvente din magazine)", iar cea de a doua parte include „orice deteriorare severă în funcționarea socială, profesională sau școlară (de ex., nu are amici, este incapabil să se țină de serviciu)". Trebuie reținut că în situațiile în care severitatea simptomelor și severitatea nivelului de funcționare sunt discordante, scorul GAF final reflectă totdeauna pe cea mai rea dintre cele două. De exemplu, scorul GAF al unui individ

care constituie un real pericol pentru sine, dar care funcționează bine, va fi sub 20. La fel, scorul GAF pentru un individ cu simptomatologie psihologică minimă, dar cu deteriorare semnificativă în funcționare (de ex., un individ a cărui preocupare excesivă pentru uzul de o substanță a dus la pierderea seviciului și a amicilor, dar fără altă psihopatologie) va fi sub 40 sau chiar mai jos.

În cele mai multe cazuri, scorul pe scala GAF trebuie calculat pentru perioada curentă (adică, nivelul funcțional din momentul evaluării), deoarece scorul funcționării actuale este cel care reflectă necesitatea tratamentului sau îngrijirii. În scopul explicării variabilității de la o zi la alta a funcționării, scorul GAF pentru „perioada curentă" este operaționalizat drept cel mai scăzut nivel de funcționare din săptămâna trecută. În unele cazuri, poate fi util să se consemneze scorul pe scala GAF atât la internare, cât și la externare. Evaluarea pe scala GAF poate fi făcută și pentru alte perioade de timp (de ex., cel mai înalt nivel de funcționare pentru câteva luni ale anului trecut).

Scala GAF este înregistrată pe axa V după cum urmează: „GAF = ", urmat de scorul GAF de la 0 la 100 și de perioada de timp pentru care a fost calculat, în paranteză — de exemplu, „(curent)", „(cel mai înalt nivel anul trecut)", „(la externare)". (Vezi exemple la pag. 35).

Spre a fi siguri că nici un element al scalei GAF nu a fost omis când se calculează scorul GAF, poate fi aplicată următoarea metodă de stabilire a scorului GAF:

**PAS 1:** Se începe de la cel mai ridicat nivel și se evaluează fiecare categorie punându-se întrebarea: „ este **fie** severitatea simptomelor individului, **fie** nivelul său de funcționare mai rău decât cel care este indicat în descrierea categoriei?"

**PAS 2:** Se deplasează în jos pe scală până este atins scorul care exprimă cel mai bine severitatea simptomelor individului sau a nivelului de funcționare, **indiferent de care este mai rău.**

PAS 3: Se examinează următoarea categorie inferioară spre a verifica dacă nu cumva ne-am oprit prematur. Această categorie trebuie să fie mai severă atât la nivel de simptome, cât și la nivel de funcționare. Dacă este așa, categoria corespunzătoare a fost atinsă (se continuă cu pasul 4). Dacă nu este așa, se revine la pasul 2 și se continuă deplasarea în jos pe scală.

**PAS 4:** Pentru a stabili scorul GAF specific în cadrul unei categorii selectate de 10 puncte, trebuie să se ia in considerație faptul dacă individul funcționează la cel mai înalt sau la cel mai scăzut pol al scalei de 10 puncte. De exemplu, să luăm cazul unui individ care aude voci care nu-i influențează comportamentul (de ex., cineva cu schizofrenie durând de mullt timp, care-și acceptă halucinațiile ca parte a maladiei sale). Dacă vocile survin relativ rar (odată pe săptămână sau chiar mai rar), un scor de 39 sau 40 pare a fi cel mai corespunzător. Din contra, dacă individul aude voci aproape continuu, un scor de 31 sau 32 pare a fi mai adecvat.

In unele cazuri, poate fi util să se evalueze incapacitatea socială și profesională și să se urmărească progresul în recuperare independent de severitatea simptomelor psihopatologice. În acest scop este inclusă în anexa B (vezi pag. 817) o scală propusă pentru evaluarea funcționării sociale și ocupaționale [Social and Occupational Functioning Assessment Scale-SOFAS]. În anexa B mai sunt incluse două scale propuse și care pot fi utile în anumite situații –the Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARFS) (vezi pag. 814) și Defensive Functioning Scale (vezi pag. 807).

# Scala de Evaluare Globală a Funcționării (EGF) [Global Assessment of Functioning Scale (GAF)]

Funcționarea psihologică, socială și profesională se consideră pe un continuum ipotetic de sănătate-maladie mentală. Nu se include deteriorarea în funcționare datorată restricțiilor somatice (sau de mediu).

**Cod** **(Notă: A se utiliza coduri intermediare când sunt corespunzătoare, de ex., 45,68,72)**

100 | 91 **Funcționare superioară într-un larg domeniu de activități, problemele de viață nu par a fi scapat vreodată din mână, este căutat de alții pentru multele sale calități. Nici un simptom.**

90 | 81 **Simptome absente sau minime** (de ex., anxietate ușoară înaintea unui examen), **funcționare bună în toate domeniile, interesat și implicat într-o gamă largă de activități, eficient social, satisfăcut în general de viață, nu mai mult decât probleme sau preocupări cotidiene** (de ex., o ceartă ocazională cu membrii familiei).

80 | 71 **Dacă sunt prezente simptome, acestea sunt reacții expectabile și tranzitorii la stresori psihosociali** (de ex., dificultăți în concentrare după o ceartă în familie); **nu mai mult decât o ușoară deteriorare în funcționarea socială, profesională sau școlară** (de ex., rămânere în urmă temporară în activitatea școlară).

70 | 61 **Câteva simptome ușoare** (de ex., dispoziție depresivă și insomnie ușoară) **SAU unele dificultăți în funcționarea socială, profesională sau școlară** (de ex., chiul ocazional ori furt din casă) **dar, în general, funcționare destul de bună, are câteva relații interpersonale semnificative.**

60 | 51 **Simptome moderate** (de ex., afect plat și limbaj circumstanțial, atacuri de panică ocazionale) **SAU dificultăți moderate în funcționarea socială, profesională sau școlară** (de ex., puțini amici, conflicte cu egalii sau cu colaboratorii).

50 | 41 **Simptome severe** (de ex., ideație suicidară, ritualuri obsesionale severe, furturi din magazine), **SAU deteriorare severă în funcționarea socială, profesională sau școlară** (de ex., nici un fel de amici, incapabil să mențină un serviciu).

40 | 31 **O oarecare deteriorare a simțului critic (reality testing) sau în comunicare** (de ex., limbajul este uneori ilogic, obscur sau irelevant) **SAU deteriorare majoră în multe domenii, cum ar fi serviciul sau școala, relațiile de familie, judecata, gândirea sau dispoziția** (de ex. omul depresiv evită amicii, își neglijează familia, este incapabil să muncească; copilul bate copiii mai mici ca el, este sfidător acasă, lipsește de la școală)

30 | 21 **Comportamentul este considerabil influențat de idei delirante sau de halucinații SAU există o deteriorare severa în comunicare sau în judecată** (de ex., uneori este incoerent, acționează în mod flagrant inadecvat, are preocupări suicidare) **SAU este incapabil să funcționeze în aproape toate domeniile** (de ex., stă în pat toată ziua, nu are serviciu, locuință sau amici).

20 | 11 **Un oarecare pericol de a se vătăma pe sine sau pe alții** (de ex., tentative de suicid fără urmărirea clară a morții; frecvent violent; excitație maniacală) **SAU ocazional incapabil să mențină un minimum de igienă personală** (de ex., miroase a fecale) **SAU deteriorare flagrantă în comunicare** (de ex., extrem de incoerent sau mut).

10 | 1 **Pericol persistent de vătămare severă a sa sau a altora** (de ex., violență recurenta) **SAU incapacitatea de a menține o igienă personală minimă SAU act suicidar sever cu dorința clară de a muri.**

0 **Informație inadecvată**

---

Estimarea funcționării psihologice globale pe scala 0-100 a fost operaționalizată de Luborsky în Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L: „Clinicians'Judgments of Mental Health". *Archives of General Psychiatry* 7: 407-417, 1962). Spitzer și colegii săi au efectuat o revizuire a Health-Sickness Rating Scale pe care au numit-o Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: „The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance." *Archives of General Psychiatry* 33: 766-771, 1976). O versiune modificată a GAS a fost inclusă în DSM-III-R ca Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

## Exemple de modul cum trebuie să se înregistreze rezultatele unei evaluări multiaxiale DSM-IV

*Exemplul 1:*

| | | |
|---|---|---|
| Axa I | 296.23 | Tulburare depresivă majoră, episod unic, sever fără simptome psihotice |
| | 305.0 | Abuz de alcool |
| Axa II | 301.6 | Tulburare de personalitate dependentă. Uz frecvent de negare |
| Axa III | | Nici un diagnostic |
| Axa IV | | Amenințare de pierdere a serviciului |
| Axa V | GAF = 35 | (curentă) |

*Exemplul 2:*

| | | |
|---|---|---|
| Axa I | 300.4 | Tulburare distimică |
| | 315.00 | Dislexie (Tulburare de citit) |
| Axa II | V71.09 | Nici un diagnostic |
| Axa III | 382.9 | Otită medie, recurentă |
| Axa IV | | Victimă a neglijării copilului |
| Axa V | GAF = 53 | (curentă) |

*Exemplul 3:*

| | | |
|---|---|---|
| Axa I | 293.83 | Tulburare afectivă datorată hipotiroidismului, cu simptome depresive |
| Axa II | V71.09 | Nici un diagnostic, elemente de personalitate histrionică |
| Axa III | 244.9 | Hipotiroidism |
| | 365.23 | Glaucom cronic cu unghi închis |
| Axa IV | | Nici un diagnostic |
| Axa V | GAF = 45 | (la internare) |
| | GAF = 65 | (la externare) |

*Exemplul 4:*

| | | |
|---|---|---|
| Axa I | V61.1 | Problemă de relație cu partenerul |
| Axa II | V71.09 | Nici un diagnostic |
| Axa II | | Nici un diagnostic |
| Axa IV | | Șomer |
| Axa V | EGF = 83 | (cel mai înalt nivel anul trecut) |

## Formular de raportare a evaluării multiaxiale

Următorul formular este oferit ca una din posibilitățile de raportare a evaluărilor multiaxiale. În unele situații acest formular poate fi utilizat așa cum este; în alte situații însă, poate fi adaptat pentru a satisface necesități speciale

**AXA I: Tulburările clinice**
**Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice**

| Cod diagnostic | Denumirea DSM-IV |
|---|---|
| — — — | _____ |
| — — — | _____ |
| — — — | _____ |

**AXA II: Tulburările de personalitate**
**Retardarea mentală**

| Cod diagnostic | Denumirea DSM-IV |
|---|---|
| — — — | _____ |
| — — — | _____ |
| — — — | _____ |

**AXA III: Condițiile medicale generale**

| Cod CIM-9-CM | Denumirea CIM-9-CM |
|---|---|
| — — — | _____ |
| — — — | _____ |
| — — — | _____ |

**AXA IV: Problemele psihosociale și de mediu.**
*Lista:*

- ❑ **Probleme cu grupul de suport principal.** *De specificat*: _____
- ❑ **Probleme în legătură cu mediul social.** *De specificat:* _____
- ❑ **Probleme educaționale.** *De specificat*: _____
- ❑ **Probleme profesionale.** *De specificat*: _____
- ❑ **Probleme cu locuința.** *De specificat:* _____
- ❑ **Probleme economice:** *De specificat*: _____
- ❑ **Probleme în legătură cu accesul la serviciile de asistență medicală.** *De specificat*: _____
- ❑ **Probleme legate de interacțiunea cu sistemul legal/penal.** *De specificat*: _____
- ❑ **Alte probleme psihosociale și de mediu.** *De specificat*: _____

**AXA V: Scala de evaluare globală a funcționării**

**Scor:** _____
**Perioada de referință:** _____

## Formatul nonaxial

Clinicienii care nu doresc să utilizeze formatul multiaxial pot, pur și simplu, lista doar diagnosticele corespunzătoare. Cei care optează pentru această variantă trebuie să urmeze regula generală a înregistrării a cât mai multe tulburări mentale coexistente, a condițiilor medicale generale și a altor factori care sunt relevanți pentru îngrijirea și tratamentul individului. Diagnosticul principal sau motivul consultației trebuie să fie menționat primul.

Exemplele de mai jos ilustrează raportarea de diagnostice într-un format care nu utilizează sistemul multiaxial.

*Exemplul 1:*
296:23 Tulburare depresivă majoră, episod unic, severă, fără simptome psihotice
305.00 Abuz de alcool
301.6 Tulburare de personalitate dependentă. Uz frecvent de negare

*Exemplul 2:*
300.4 Tulburare distimică
315.00 Dislexie (Tulburare de citit)
382.9 Otită medie recurentă

*Exemplul 3:*
293.83 Tulburare afectivă datorată hipotiroidismului, cu simptome depresive
244.9 Hipotiroidism
365.23 Glaucom cu unghi închis cronic
Elemente de personalitate histrionică

*Exemplul 4:*
V61.1 Problemă de relație cu partenerul

# Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în Perioada de Sugar, în Copilărie sau în Adolescență

Prevederea unei secțiuni separate pentru tulburările care sunt diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau în adolescență este făcută numai din comoditate și nu înseamnă că există vreo distincție clară între tulburările „copilăriei" și „perioadei adulte". Deși cei mai mulți indivizi cu aceste tulburări se prezintă pentru atenție clinică în copilărie sau în adolescență, uneori tulburările nu sunt diagnosticate până în perioada adultă. În afară de aceasta, multe tulburări incluse în alte secțiuni ale manualului debutează adesea în cursul copilăriei sau adolescenței. În evaluarea unui sugar, copil sau adolescent, clinicianul trebuie să ia în considerație diagnosticele incluse în această secțiune și, de asemenea, să consulte și tulburările descrise în altă parte în acest manual. Adulții pot fi, de asemenea, diagnosticați cu tulburări incluse în această secțiune a tulburărilor diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau în adolescență, dacă tabloul lor clinic satisface criteriile de diagnostic relevante (de ex., balbismul, pica). De asemenea, dacă un adult a prezentat în copilărie simptome care au satisfăcut complet criteriile pentru o tulburare, iar acum prezintă doar o formă atenuată sau reziduală, poate fi indicat specificantul „în remisiune parțială" (de ex., Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip combinat, în remisiune parțială). Pentru cele mai multe (dar nu pentru toate) tulburările DSM-IV, este prevăzut un singur set de criterii care se aplică copiilor, adolescenților și adulților (de ex., dacă un copil sau adolescent prezintă simptome care satisfac criteriile pentru tulburarea depresivă majoră, acest diagnostic trebuie pus indiferent de etatea individului). Variațiile în prezentarea unei tulburări, atribuibile unui stadiu de dezvoltare a individului, sunt descrise într-o secțiune a textului intitulată „elemente specifice culturii, etății și sexului". Problemele specifice în legătură cu diagnosticul de tulburări de personalitate la copii sau la adolescenți sunt discutate la pag. 687.

În această secțiune sunt incluse următoarele tulburări:

**Retardarea mentală.** Această tulburare este caracterizată printr-o funcționare intelectuală semnificativ sub medie (un QI de aproximativ 70 sau sub) cu debut înainte de etatea de 18 ani și prin deficite sau deteriorări concomitente în funcționarea adaptativă. Sunt prevăzute coduri separate pentru **retardarea mentală ușoară, moderată, severă și profundă**, precum și pentru **retardarea mentală de severitate nespecificată.**

**Tulburările de învățare.** Aceste tulburări se caracterizează printr-o funcționare școlară substanțial sub cea expectată, dată fiind etatea cronologică a persoanei,

inteligența măsurată și educația corespunzătoare etății. Tulburările specifice incluse în această secțiune sunt **dislexia (tulburarea de citit), discalculia (tulburarea de calcul), disgrafia (tulburarea expresiei grafice)** și **tulburarea de învățare fără altă specificație.**

**Tulburarea aptitudinilor motorii.** Aceasta include **tulburarea de dezvoltare a coordonării,** care este caracterizată printr-o coordonare motorie, substanțial sub cea așteptată, dată fiind etatea cronologică a persoanei și inteligența măsurată.

**Tulburările de comunicare.** Aceste tulburări sunt caracterizate prin dificultăți în vorbire sau limbaj, și includ **tulburarea de limbaj expresiv, tulburarea mixtă de limbaj receptiv și expresiv, tulburarea fonologică, balbismul și tulburarea de comunicare fără altă specificație.**

**Tulburările de dezvoltare pervasivă.** Aceste tulburări sunt caracterizate prin deficite severe și deteriorare pervasivă în multiple domenii ale dezvoltării. Acestea includ deteriorarea în interacțiunea socială reciprocă, deteriorarea în comunicare și prezența de comportamente, preocupări și activități stereotipe. Tulburările specifice incluse în această secțiune sunt **tulburarea autistă, tulburarea Rett, tulburarea dezintegrativă a copilăriei, tulburarea Asperger** și **tulburarea de dezvoltare pervasivă fără altă specificație.**

**Deficitul de atenție și tulburările de comportament disruptiv.** Această secțiune include tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, care este caracterizată prin simptome notabile de inatenție și/sau de hiperactivitate-impulsivitate. Sunt prevăzute subtipuri pentru specificarea prezenței simptomului predominant: **tip predominant inatent, tip predominant hiperactiv-impulsiv** și **tip combinat.** În această secțiune sunt incluse, de asemenea, **tulburările de comportament disruptiv: tulburarea de conduită,** caracterizată printr-un pattern de comportament care violează drepturile fundamentale ale altora sau normele ori regulile sociale majore corespunzătoare etății; **tulburarea opozitionismul provocator,** caracterizată printr-un pattern de comportament negativist, ostil și sfidător. Această secțiune include, de asemenea, două categorii fără altă specificație: **tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție fără altă specificație** și **tulburarea de comportament disruptiv fără altă specificație.**

**Tulburările de alimentare și de comportament alimentar ale perioadei de sugar sau micii copilării.** Aceste tulburări sunt caracterizate prin tulburări persistente în alimentare și în comportamentul alimentar. Tulburările specifice incluse sunt **pica, ruminația** și **tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării.** De reținut că anorexia nervoasă și bulimia nervoasă sunt incluse în secțiunea „Tulburările de comportament alimentar", prezentată mai departe în manual (vezi pag. 583).

**Ticurile.** Aceste tulburări sunt caracterizate prin ticuri motorii și/sau vocale. Tulburările specifice includ **tulburarea Tourette, ticul motor sau vocal cronic, ticul tranzitor** și **ticul fără altă specificație.**

**Tulburările de eliminare.** Această grupare include encoprezisul, eliminarea de fecale în locuri inadecvate, și enurezisul, eliminarea repetată de urină în locuri inadecvate.

**Alte tulburări ale perioadei de sugar, ale copilăriei sau adolescenței.** Această grupare este rezervată tulburărilor care nu sunt incluse în secțiunile mai sus

menționate. **Anxietatea de separare** este caracterizată printr-o anxietate excesivă și inadecvată dezvoltării, în legătură cu separarea de casă sau de cei de care copilul este atașat. **Mutismul selectiv** este caracterizat prin incapacitatea constantă de a vorbi în situații sociale specifice, în disprețul faptului că vorbește în alte situații. **Tulburarea reactivă de atașament a perioadei de sugar sau a micii copilării** este caracterizată printr-o relație socială inadecvată dezvoltării și perturbată considerabil, care apare în cele mai multe contexte și este asociată cu o îngrijire flagrant patogenică. **Tulburarea de mișcare stereotipă** este caracterizată printr-un comportament motor nonfuncțional, aparent impulsiv și repetitiv, care interferează considerabil cu activitățile normale și uneori poate duce la vătămare corporală. **Tulburarea perioadei de sugar, a copilăriei sau adolescenței fără altă specificație** este o categorie reziduală pentru codificarea tulburărilor cu debut în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare specifică din clasificare.

Copiii sau adolescenții se pot prezenta cu probleme necesitând atenție clinică, dar care nu sunt definite ca tulburări mentale (de ex., probleme relaționale, probleme asociate cu abuzul sau neglijarea, doliul, funcționarea intelectuală liminară, probleme școlare, comportamentul antisocial al copilului sau adolescentului, problemă de identitate). Acestea sunt menționate la finele manualului, în secțiunea „Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice" (vezi pag. 731).

DSM-III-R includea două tulburări anxioase specifice copiilor și adolescenților, anxietatea excesivă a copilăriei și tulburarea evitantă a copilăriei, care au fost subsumate anxietății generalizate și, respectiv, fobiei sociale, din cauza similitudinilor în elementele lor esențiale.

# Retardarea Mentală

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al retardării mentale îl constituie funcționarea intelectuală generală semnificativ submedie (criteriul A), care este acompaniată de restricții semnificative în funcționarea adaptativă în cel puțin două din următoarele domenii de aptitudini: comunicare, autoîngrijire, viață de familie, aptitudini sociale/interpersonale, uz de resursele comunității, autoconducere, aptitudini școlare funcționale, ocupație, timp liber, sănătate și securitate (criteriul B). Debutul trebuie să survină înainte de etatea de 18 ani (criteriul C). Retardarea mentală are multe etiologii diferite și poate fi văzută drept cale finală comună a diverselor procese patologice care afectează funcționarea sistemului nervos central.

Funcționarea intelectuală generală este definită prin coeficientul de inteligență (QI sau echivalentul QI) obținut prin evaluarea cu unul sau mai multe teste de inteligență standardizate, administrate individual, (de ex., scalele de inteligență Wechsler pentru copii-revizuite, bateria de evaluare pentru copii Stanford-Binet, Kaufman). Funcționarea intelectuală semnificativ submedie este definită ca un QI de aproape 70 sau sub (aproximativ 2 deviații standard sub medie). Trebuie reținut că există o eroare de măsurare de aproximativ 5 puncte în evaluarea QI, deși aceasta poate varia de la un instrument la altul (de ex., un QI Wechsler de 70 este considerat a reprezenta un

domeniu de la 65 la 75 ). Prin urmare, este posibil să se diagnosticheze retardarea mentală la indivizii cu QI între 70 și 75, care prezintă deficite semnificative în comportamentul adaptativ. Invers, retardarea mentală nu va fi diagnosticată la un individ cu un QI mai mic de 70, dacă nu există deficite sau deteriorări semnificative în funcționarea adaptativă. La alegerea instrumentelor de testare și la interpretarea rezultatelor, trebuie luați în considerație factorii care pot limita performanța la test (de ex., fondul sociocultural al individului, limba maternă, și handicapurile de comunicare, motorii și senzoriale asociate). Când există o dispersie semnificativă în scorurile subtest, mai curând profilul de forță și de debilitate va reflecta mai cu acuratețe aptitudinile de învățare ale persoanei decât QI total obținut pe cale matematică. Când există o discrepanță considerabilă versus scorurile verbale și de execuție, calculul de obținere a scorului QI total poate induce în eroare.

Deteriorările în funcționarea adaptativă, mai curând decât un QI scăzut, sunt de regulă simptomele pe care le prezintă indivizii cu retardare mentală. Funcționarea adaptativă se referă la cât de eficient fac indivizii față exigențelor comune ale vieții și la cât de bine satisfac ei standardele de independență personală expectate de la cineva din grupul de etate corespunzătoare, fondul sociocultural și condiția comunității lor. Funcționarea adaptativă poate fi influențată de diverși factori incluzând educația, motivația, caracteristicile personalității, oportunitățile sociale și profesionale, precum și tulburările mentale și condițiile medicale generale care pot coexista cu retardarea mentală. Este foarte posibil ca problemele de adaptare să se amelioreze prin eforturile remediatoare mai mult decât QI cognitiv, care tinde să rămână un atribut mai stabil.

Este recomandabil să se strângă date despre deficitele în funcționarea adaptativă de la una sau mai multe surse de încredere independente (de ex., evaluarea profesorului și istoricul medical, al dezvoltării și educației). Multe scale au fost, de asemenea, destinate să măsoare funcționarea sau comportamentul adaptativ (de ex., scala pentru comportamentul adaptativ Vineland și scala pentru comportamentul adaptativ a Asociației Americane pentru Retardarea Mentală). Aceste scale oferă în general un scor de excludere clinic, care este o mixtură de conduite dintr-un număr de domenii de aptitudini adaptative. Trebuie reținut că scorurile pentru anumite domenii individuale nu sunt incluse în unele dintre aceste instrumente și că scorurile domeniului individual pot varia considerabil ca reliabilitate. Ca și în evaluarea funcționării intelectuale, trebuie acordată toată atenția adecvării instrumentului la fondul sociocultural, instruirea, handicapurile asociate, motivația și cooperarea persoanei. De exemplu, prezența unor handicapuri importante invalidează multe norme ale scalei adaptabilității. În afară de aceasta, comportamente, care în mod normal ar fi considerate dezadaptative (de ex. dependența, pasivitatea) pot fi evidența unei bune adaptări în contextul vieții unui anumit individ (de ex., în unele situații instituționale).

## Gradele de severitate ale retardării mentale

Pot fi specificate patru grade de severitate, care reflectă nivelul deteriorării intelectuale: ușoară, moderată, severă și profundă.

**317 Retardare mentală ușoară** nivel QI de la 50-55 până la aproximativ 70
**318.0 Retardare moderată** nivel QI de la 35-40 până la 50-55
**318.1 Retardare mentală severă** nivel QI de la 20-25 până la 35-40
**318.2 Retardare mentală profundă** nivel QI sub 20 sau 25

319 **Retardare mentală de severitate nespecificată**, poate fi utilizată când există o puternică prezumție de retardare mentală, dar inteligența persoanei nu poate fi testată prin testele standard (de ex., la indivizii prea deteriorați ori necooperanți sau la sugari).

## 317 Retardarea Mentală Ușoară

Retardarea mentală ușoară este, în mare, echivalentă cu ceea ce se folosește pentru a se face referire la categoria educațională de „educabil". Acest grup constituie cel mai întins segment (aproape 85%) al celor cu această tulburare. Considerați ca grup, oamenii cu acest nivel de retardare mentală dezvoltă de regulă aptitudini sociale și de comunicare în timpul perioadei preșcolare (0-5 ani), au o deteriorare minimă în ariile senzoriomotorii, iar adesea nu se disting de copiii fără retardare mentală până mai târziu. Până la finele adolescenței lor, ei pot achiziționa aptitudini școlare corespunzătoare aproximativ nivelului clasei a șasea. În cursul perioadei adulte ei achiziționează de regulă aptitudini sociale și profesionale adecvate pentru un minimum de autointreținere, dar pot necesita supraveghere, îndrumare și asistență, în special în condiții de stres economic sau social inhabitual. Cu suport corespunzător, indivizii cu retardare mentală ușoară pot, de regulă, trăi cu succes în comunitate, fie independent, fie în condiții de supraveghere.

## 318.0 Retardarea Mentală Moderată

Retardarea mentală moderată este în mare echivalentă cu ceea ce se folosește pentru a se face referire la categoria educațională de „antrenabil". Acest termen depășit nu trebuie să fie utilizat, deoarece el implică în mod eronat faptul că oamenii cu retardare mentală moderată nu pot beneficia de programe educaționale. Acest grup constituie aproape 10% din întreaga populație a oamenilor cu retardare mentală. Cei mai mulți indivizi cu acest nivel de retardare mentală achiziționează aptitudini de comunicare, precoce, în mica copilărie. Ei beneficiază de antrenament profesional și, cu supraveghere moderată, pot participa la propria lor îngrijire personală. De asemenea, ei pot beneficia de antrenament în aptitudinile sociale și profesionale, dar sunt incapabili să progreseze dincolo de nivelul clasei a doua în materie de școală. Pot învăța să călătorească independent prin locuri familiare. În cursul adolescenței, dificultățile lor în recunoașterea convențiilor sociale pot interfera cu relațiile cu egalii. În perioada adultă, majoritatea sunt capabili să presteze o muncă necalificată sau semicalificată, sub supraveghere în ateliere protejate sau în cadrul forței de muncă generale. Ei se adaptează bine la viața în comunitate, de regulă în condiții de supraveghere.

## 318.1 Retardarea Mentală Severă

Grupul celor cu retardare mentală severă constitue 3%-4% din totalul indivizilor cu retardare mentală. În mica copilărie ei achiziționează foarte puțin sau deloc limbajul comunicativ. În timpul perioadei de școlarizare, ei pot învăța să vorbească și pot fi antrenați în aptitudini elementare de autoîngrijire. Beneficiază numai în mică măsură de educație pe teme preșcolare, cum ar fi familiarizarea cu alfabetul și număratul, dar își pot însuși aptitudini ca învățarea cititului la prima vedere a unor

cuvinte de „supraviețuire". În perioada adultă ei pot fi capabili să efectueze sarcini simple, în condiții de supraveghere strictă. Cei mai mulți se adaptează bine la viața în comunitate, în cămine sau în familiile lor, exceptând cazul când au asociat un handicap care necesită un nursing specializat sau altă îngrijire.

## 318.2 Retardarea Mentală Profundă

Grupul celor cu retardare mentală profundă constituie aproximativ 1%-2% din totalul oamenilor cu retardare mentală. Cei mai mulți indivizi cu acest diagnostic au o condiție neurologică identificată care justifică retardarea lor mentală. În cursul micii copilării, ei prezintă deteriorări considerabile în funcționarea senzorimotorie. Dezvoltarea optimă poate surveni într-un mediu înalt structurat, cu ajutor și supraveghere constantă și o relație individualizată cu un infirmier. Dezvoltarea motorie, autoîngrijirea și aptitudinile de comunicare se pot ameliora dacă este oferit un antrenament corespunzător. Unii pot efectua sarcini simple, în condiții de protecție și supraveghere strictă.

## 319 Retardarea Mentală de Severitate Nespecificată

Diagnosticul de retardare mentală de severitate nespecificată trebuie să fie utilizat când există o prezumție fermă de retardare mentală, dar persoana nu poate fi testată cu succes cu testele de inteligență standard. Acesta poate fi cazul când copiii, adolescenții sau adulții sunt prea deteriorați sau necooperanți la testare ori în cazul sugarilor, când există judecata clinică de activitate intelectuală semnificativ submedie, dar testele nu oferă valori ale QI (de ex., scala Bayley de dezvoltare a sugarului, scalele Cattell de inteligență a sugarului și altele). În general, cu cât este mai mica etatea, cu atât este mai dificil să se aprecieze prezența retardării mentale, exceptând cazurile cu deteriorare profundă.

### Procedee de înregistrare

Codul diagnostic specific pentru retardarea mentală este selectat pe baza nivelului de severitate, așa cum este indicat mai sus, și este înregistrat pe axa II. Dacă retardarea mentală este asociată cu altă tulburare mentală (de ex., cu tulburarea autistă), tulburarea mentală adițională este codificată pe axa I. De asemenea, dacă retardarea mentală este asociată cu o condiție medicală generală (de ex., cu sindrom Down), condiția medicală generală este codificată pe axa III.

### Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Nici un fel de elemente de personalitate sau de comportament specifice nu sunt asociate exclusiv cu retardarea mentală. Unii indivizi cu retardare mentală sunt pasivi, placizi și dependenți, în timp ce alții pot fi agresivi și impulsivi. Lipsa aptitudinilor de comunicare poate predispune la comportamente disruptive și agresive care se substituie limbajului comunicativ. Unele condiții medicale generale asociate cu retardarea mentală se caracterizează prin anumite simptome comportamentale (de ex., comportamentul autovulnerant intratabil asociat cu sindromul Lesch-Nyhan). Indivizii cu retardare

mentală sunt vulnerabili la a fi exploatați de către alții (de ex., de a se abuza fizic și sexual de ei) sau la a li se nega drepturile și șansele.

Indivizii cu retardare mentală au o prevalență de tulburări mentale comorbide estimată la a fi de trei, până la patru ori mai mare decât populația generală. În unele cazuri, aceasta poate rezulta din aceeași etiologie, care este comună retardării mentale și tulburării mentale asociate (de ex., traumatismul cranian poate duce la retardare mentală și la modificare de personalitate datorată traumatismului cranian). Pot fi întâlnite toate tipurile de tulburări mentale, și nu există nici o probă că natura unei tulburări mentale date este diferită la indivizii care au retardare mentală. Diagnosticul tulburărilor mentale comorbide este însă complicat adesea de faptul că tabloul clinic poate fi modificat de severitatea retardării mentale și de handicapurile asociate. Deficitele în aptitudinile de comunicare pot conduce la incapacitatea de a furniza un istoric adecvat (de ex., diagnosticul de tulburare depresivă majoră la un adult mut cu retardare mentală este adesea bazat în primul rând pe manifestări, precum dispoziția depresivă, iritabilitatea, anorexia sau insomnia, care sunt observate de alții). Mai des decât este cazul la indivizii fără retardare mentală, este foarte dificil să se aleagă un diagnostic specific, și în astfel de cazuri poate fi utilizată categoria corespunzătoare de „fără altă specificație" (de ex., tulburare depresivă fără altă specificație). Cele mai frecvente tulburări mentale asociate sunt tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tulburările afective, tulburările de dezvoltare pervasivă, tulburarea de mișcare stereotipă și tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale (de ex., demența datorată unui traumatism cranian). Indivizii care au retardare mentală datorată unui sindrom Down sunt expuși celui mai înalt risc de a dezvolta demența Alzheimer. Modificările patologice cerebrale asociate cu această tulburare se dezvoltă de regulă la începutul anilor 40 ai acestor indivizi, deși simptomele clinice de demență nu sunt evidente decât mai târziu.

Au fost raportate asocieri între factori etiologici specifici și anumite simptome comorbide și tulburări mentale. De exemplu, sindromul X fragil pare a crește riscul de morbiditate pentru tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție și de fobie socială; indivizii cu sindrom Prader-Willi pot prezenta hiperfagie și compulsivitate, iar cei cu sindrom Williams pot prezenta un risc crescut pentru tulburările anxioase și tulburarea hiperactivite/deficit de atenție.

**Factori predispozanți.** Factorii etiologici pot fi în principal biologici, în principal psihosociali sau o combinație a ambelor categorii. La aproximativ 30-40% dintre indivizii văzuți în condiții clinice, nu poate fi precizată o etiologie clară a retardării mentale, în disprețul eforturilor de evaluare extinse. Este posibil ca etiologiile specifice să fie identificate la indivizii cu retardare mentală severă sau profundă.Factorii predispozanți majori includ:

*Ereditatea:* Acești factori includ erorile înăscute de metabolism, moștenite cele mai multe prin mecanisme autosomale recesive (de ex., maladia Tay-Sachs), alte anomalii monogenice cu Transmitere mendeliană și expresie variabilă (de ex., scleroza tuberoasă) și aberațiile cromozomiale (de ex., sindromul de translocație Down, sindromul X-fragil). Progresele în genetică vor crește probabil identificarea formelor eritabile de retardare mentată.

*Alterările precoce ale dezvoltării embrionare:* Acești factori includ modificările cromozomiale (de ex., sindromul Down datorat trisomiei) sau leziunile prenatale datorate toxicelor (de ex., consumul matern de alcool, infecțiile).

*Influențele ambientale:* Acești factori includ deprivare de îngrijire afectuoasă și de stimulare socială, lingvistică sau de alt tip.

*Tulburările mentale:* Acești factori includ tulburarea autistă și alte tulburări de dezvoltare pervasive.

*Sarcina și problemele perinatale:* Acești factori includ malnutriția fetală, prematuritatea, hipoxia, infecțiile virale și alte infecții, și traumatismele.

*Condițiile medicale generale căpătate în perioada de sugar sau în copilărie:* Acești factori includ infecțiile, traumatismele și intoxicațiile (de ex., datorate plumbului).

**Date de laborator asociate.** În afara rezultatelor la testele psihologice și de comportament adaptativ, care sunt necesare pentru diagnosticul retardării mentale, nu există date de laborator care să fie asociate exclusiv cu retardarea mentală. Datele diagnostice de laborator pot fi asociate cu o condiție medicală generală specifică de acompaniament (de ex., anomalii cromozomiale în diverse condiții genetice, concentrație sanguină crescută de fenilalanină în fenilcetonurie sau anomalii pe imagistica sistemului nervos central).

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Nu există elemente somatice specifice asociate cu retardarea mentală. Când retardarea mentală este parte a unui sindrom specific, elementele clinice ale acelui sindrom vor fi prezente (de ex., elementele somatice ale sindromului Down). Cu cât este mai severă retardarea mentală (în special, dacă este severă sau profundă), cu atât este mai mare probabilitatea condițiilor neurologice (de ex., a crizelor epileptice), a condițiilor neuromusculare, vizuale, auditive, cardiovasculare și a altor condiții.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Trebuie luate măsuri pentru a ne asigura că procedeele de testare intelectuală acordă atenția adecvată fondului etnic sau cultural al individului. Aceasta se realizează de regulă prin utilizarea de teste în care caracteristicile relevante ale individului sunt reprezentate în eșantionul de standardizare al testului ori prin utilizarea unui examinator care este familiarizat cu aspectele fondului etnic sau cultural al individului. Testarea individualizată este necesară totdeauna pentru a pune diagnosticul de retardare mentală. Prevalența retardării mentale datorate unor factori biologici cunoscuți este similară printre copiii din clasele socioeconomice superioare și inferioare, cu excepția faptului că anumiți factori etiologici sunt legați de statusul economic inferior (de ex., intoxicația cu plumb și nașterile premature). În cazurile în care nu poate fi identificată nici o cauză biologică specifică, clasele socioeconomice inferioare sunt suprareprezentate, iar retardarea mentală este de regulă mai ușoară, deși toate gradele de severitate sunt reprezentate. În evaluarea deteriorării aptitudinilor adaptative, trebuie ținut cont de compensațiile dezvoltării, pentru că anumite domenii aptitudinale sunt mai puțin relevante la diferite etăți (de ex., uzul de resursele comunității sau serviciul la copii de etate școlară). Retardarea mentală este mai frecventă printre bărbați, cu un raport bărbați/femei de aproximativ 1,5:1.

## Prevalență

Rata de prevalență a retardării mentale a fost estimată la aproximativ 1 % . Diferite studii au raportat însă rate diferite în funcție de definiția utilizată, metodele de identificare și populația studiată.

## Evoluție

Diagnosticul de retardare mentală cere ca debutul tulburării să aibă loc înainte de etatea de 18 ani. Etatea și modul de debut depind de etiologia și severitatea retardării mentale. Retardarea mai severă, în special când este asociată cu un sindrom cu fenotip caracteristic, tinde a fi recunoscută precoce (de ex., sindromul Down este diagnosticat de regulă la naștere). Din contra, retardarea ușoară de origine necunoscută este în general remarcată mai târziu. În retardarea mai severă rezultând dintr-o cauză căpătată, deteriorarea intelectuală se va dezvolta mai repede (de ex., retardarea urmând unei encefalite). Evoluția retardării mentale este influențată de evoluția condițiilor medicale generale subiacente și de factori ambientali (de ex., de oportunitățile de instruire și de alte oportunități, stimularea ambientală și adecvarea managementului). Dacă o condiție medicală generală subiacentă este stabilizată, este foarte probabil că evoluția va fi variabilă și va depinde de factorii ambientali. Retardarea mentală nu este în mod necesar o tulburare pe toată durata vieții. Indivizii care au avut retardare mentală ușoară de timpuriu în viața lor, manifestată prin eșec în sarcinile de învățare școlară, cu antrenament și oportunități adecvate, pot să dezvolte aptitudini adaptative bune în alte domenii, și pot să nu mai aibă nivelul de deteriorare cerut de diagnosticul de retardare mentală.

## Pattern familial

Din cauza etiologiei sale heterogene, nici un pattern familial nu este aplicabil retardării mentale ca o categorie generală. Eritabilitatea retardării mentale este discutată la „Factorii predispozanți" (vezi pag.45 ).

## Diagnostic diferențial

Criteriile de diagnostic pentru retardarea mentală nu includ și un criteriu de excludere, și ca atare, diagnosticul trebuie pus ori de câte ori criteriile de diagnostic sunt satisfăcute, indiferent de prezența unei alte tulburări mentale. În **tulburările de învățare** ori **în tulburările de comunicare** (neasociate cu retardare mentală), dezvoltarea într-un domeniu specific (de ex., lexia, limbajul expresiv) este deteriorată, dar nu există o deteriorare generalizată în dezvoltarea intelectuală și în funcționarea adaptativă. O tulburare de învățare ori de comunicare poate fi diagnosticată la un individ cu retardare mentală, dacă deficitul specific este disproporționat în comparație cu severitatea retardării mentale. În **tulburările de dezvoltare pervasivă**, există o deteriorare calitativă în dezvoltarea interacțiunii sociale reciproce și în dezvoltarea aptitudinilor de comunicare socială verbală și nonverbală. Retardarea mentală acompaniază adesea tulburările de dezvoltare pervasivă.

Unele cazuri de retardare mentală își au debutul după o perioadă de funcționare normală și pot îndreptăți diagnosticul adițional de **demență**. Diagnosticul de demență cere ca deteriorarea memoriei și alte deficite cognitive să reprezinte un declin semnificativ de la cel mai înalt nivel de funcționare anterior. Deoarece este foarte dificil să se precizeze nivelul anterior de funcționare la copiii foarte mici, diagnosticul de demență nu este pus până când copilul nu este în etate de 4-6 ani. În general, pentru indivizii sub 18 ani, diagnosticul de demență este pus, numai când condiția nu este caracterizată satisfăcător numai de diagnosticul de retardare mentală.

**Funcționarea intelectuală liminară** (vezi pag. 740) descrie un domeniu al QI, care este mai înalt decât cel al retardării mentale (în general 71-84). După cum s-a discutat anterior, un scor al QI poate implica o eroare de măsurare de aproximativ 5 puncte, în funcție de instrumentul de testare. Asadar, este posibil să se diagnosticheze retardarea mentală și la indivizi cu scoruri QI între 71 și 75, dacă ei prezintă deficite semnificative în comportamentul adaptativ care satisfac criteriile pentru retardarea mentală. Diferențierea retardării mentale ușoare de funcționarea intelectuală liminară necesită analiza atentă a oricărei informații accesibile.

## Relația cu alte clasificări ale retardării mentale

Sistemul de clasificare al Asociației Americane pentru Retardarea Mentală (AAMR) include aceleași trei criterii (adică, funcționare intelectuală semnificativ submedie, restricții în aptitudinile adaptative și debut anterior etății de 18 ani). În clasificarea AAMR, criteriul funcționării intelectuale semnificativ submedii se referă la un scor standard de aproximativ 70-75 sau sub (care ia în considerație o eroare de măsurare eventuală de plus sau minus 5 puncte la testarea QI). În timp ce DSM-IV specifică nivelele de severitate, sistemul de clasificare AAMR din 1992 specifică „patternurile și intensitatea necesităților de suport" (adică, intermitentă, limitată, extinsă și pervasivă), care nu sunt comparabile în mod direct cu gradele de severitate ale DSM-IV. Definiția incapacităților de dezvoltare din Public Law (Legea Publică) 95-602 (1978) nu este li mitată la retardarea mentală și se bazează pe criterii funcționale. Această lege definește incapacitatea de dezvoltare ca pe o incapacitate atribuibilă unei deteriorări mentale sau somatice care se manifestă înainte de etatea de 22 de ani și se continuă probabil indefinit, ducând la restricții substanțiale în trei sau mai multe domenii de funcționare specifice și necesitând o asistență specifică de lungă durată sau pe toată viața.

### Criteriile de diagnostic pentru Retardarea Mentală

A. Funcționare intelectuală semnificativ submedie: un QI de aproximativ 70 sau sub la un test administrat individual (pentru copii, judecata clinică a unei funcționări intelectuale semnificativ submedii).

B. Deficite sau deteriorări concomitente în activitatea adaptativă prezentă (adică, eficiența persoanei în satisfacerea standardelor expectate la etatea sa de grupul său cultural) în cel puțin două din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, viață de familie, aptitudini sociale/interpersonale, uz de resursele comunității, autoconducere, aptitudini școlar funcționale, muncă, timp liber, sănătate și siguranță.

C. Debut înainte de 18 ani.

*Se codifică* pe baza gradului de severitate care reflectă nivelul de deteriorare intelectuală:

**317 Retardare mentală ușoară:** nivel QI de la 50-55 până la aproximativ 70
**318.0 Retardare mentală moderată:** nivel QI de la 35-40 până la 50-55
**318.1 Retardare mentală severă:** nivel QI de la 20-25 până la 35-40
**318.2 Retardare mentală profundă:** nivel QI sub 20 sau 25
**319 Retardare mentală de severitate nespecificată:** când există prezumția fermă de retardare mentală, dar inteligența persoanei nu poate fi testată prin testele standard.

## Tulburările de Învățare (*anterior* Tulburările Aptitudinilor Școlare)

Această secțiune despre tulburările de învățare include dislexia (tulburarea de citit), discalculia (tulburarea de calcul), disgrafia (tulburarea expresiei grafice), și tulburarea de învățare fără altă specificație.

### Elemente de diagnostic

Tulburările de învățare sunt diagnosticate când performanța individului la testele standardizate administrate individual referitoare la citit, calcul aritmetic sau expresie grafică este substanțial sub ceea ce este expectat la etatea, școlarizarea și nivelul de inteligență al insului. Problemele de învățare interferează semnificativ cu performanța școlară sau cu activitățile cotidiene care necesită aptitudini lexice, de calcul aritmetic sau grafice. O varietate de procedee statistice pot fi utilizate pentru a stabili că discrepanța este semnificativă. *Substanțial sub* este definit de regulă ca o discrepanță de mai mult de 2 deviații standard între performanță și QI. O discrepanță mai mică între performanță și QI (adică, între 1 și 2 deviații standard) este utilizată uneori, în special în cazurile în care performanța individului la un test QI poate fi compromisă de o tulburare asociată în procesarea cognitivă, de o tulburare mentală comorbidă sau de o condiție medicală generală ori de fondul etnic sau cultural al individului. Dacă

este prezent un deficit senzorial, dificultățile de învățare trebuie să fie în exces față de cele asociate de regulă cu deficitul. Tulburările de învățare pot persista în perioada adultă.

## Elemente și tulburări asociate

Demoralizarea, stima de sine scăzută și deficitele în aptitudinile sociale pot fi asociate cu tulburările de învățare. Proporția de abandon școlar printre copiii sau adolescenții cu tulburări de învățare se cifrează la aproape 40% (sau de aproximativ 1, 5 ori media). Adulții cu tulburări de învățare pot avea dificultăți semnificative în serviciu sau în adaptarea socială. Mulți indivizi (10%-25%) cu tulburare de conduită, opoziționism provocator, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tulburare depresivă majoră sau tulburare distimică au și tulburări de învățare. Există probe că întârzierile în dezvoltarea limbajului pot surveni în asociere cu tulburările de învățare (în special cu dislexia), însă aceste întârzieri pot să nu fie suficient de severe pentru a justifica un diagnostic separat de tulburare de comunicare. Tulburările de învățare pot fi, de asemenea, asociate cu un procent ridicat de tulburări de dezvoltare a coordonării.

Pot exista anomalii subiacente în procesarea cognitivă (de ex., deficite în percepția vizuală, procesele lingvistice, atenție sau memorie ori o combinație a acestora) care adesea preced sau sunt asociate cu tulburările de învățare. Testele standardizate pentru măsurarea acestor procese sunt în general mai puțin reliabile și valide decât alte teste psihoeducaționale. Deși predispoziția genetică, traumatismele perinatale și diversele condiții neurologice sau alte condiții medicale generale pot fi asociate cu dezvoltarea tulburărilor de învățare, prezența unor astfel de condiții nu prezice invariabil o tulburare de învățare, existând mulți indivizi cu tulburări de învățare care nu au un astfel de istoric. Tulburările de învățare sunt întâlnite, însă, asociate frecvent cu o varietate de condiții medicale generale (de ex., intoxicația saturnină, sindromul fetal alcoolic, sindromul X-fragil).

## Elemente specifice culturii

Trebuie să ne asigurăm ca procedeele de testare a inteligenței să acorde atenția cuvenită fondului etnic sau cultural al individului. Aceasta se realizează de regulă prin utilizarea de teste în care caracteristicile relevante ale individului sunt reprezentate în eșantionul de standardizare al testului sau prin folosirea unui examinator care este familiarizat cu aspectele fondului etnic sau cultural al individului. Testarea individualizată este totdeauna necesară pentru a pune diagnosticul de tulburare de învățare.

## Prevalență

Estimările prevalenței tulburărilor de învățare merg de la 2% la 10% , în funcție de natura constatării și definițiile aplicate. Aproximativ 5% dintre elevii din școlile publice din Statele Unite sunt identificați ca având o tulburare de învățare.

## Diagnostic diferențial

Tulburările de învățare trebuie să fie diferențiate de **variațiile normale în cunoștințele școlare** și de dificultățile școlare datorate **lipsei de posibilități, modului defectuos de a preda al profesorului sau factorilor culturali.** Școlarizarea inadecvată poate duce la rezultate slabe la testele de performanță standardizate. Copiii din medii etnice sau culturale diferite de cultura care prevalează în școală ori din mediile în care engleza nu este limba maternă, iar copiii au frecventat școli în care predarea a fost inadecvată, pot obține scoruri reduse la testele de performanță. Copiii din aceste medii pot fi, de asemenea, expuși unui risc mai mare de absenteism datorat maladiilor mai frecvente sau mediului de viață haotic sau penuric.

**Deteriorarea vederii sau auzului** poate afecta capacitatea de învățare și trebuie să fie investigată prin teste de screening vizual sau audiometric. O tulburare de învățare poate fi diagnosticată în prezența unor astfel de deficite senzoriale numai dacă dificultățile de învățare sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste deficite. Condițiile neurologice sau condițiile medicale generale de acompaniament trebuie să fie codificate pe axa III.

În **retardarea mentală**, dificultățile de învățare sunt proporționale cu deteriorarea generală a funcționării intelectuale. Cu toate acestea însă, în unele cazuri de retardare mentală ușoară, nivelul atins în lexie, calcul sau expresie grafică este semnificativ sub nivelele expectate, dată fiind școlarizarea persoanei și severitatea retardării mentale. În astfel de cazuri, trebuie să fie pus diagnosticul adițional de tulburare de învățare corespunzătoare.

Un diagnostic adițional de tulburare de învățare trebuie să fie pus în contextul unei **tulburări de dezvoltare pervasivă**, numai când deteriorarea școlară este semnificativ sub nivelele expectate, dată fiind funcționarea intelectuală și școlarizarea individului. La indivizii cu **tulburări de comunicare**, activitatea intelectuală poate fi evaluată utilizând măsurări standardizate ale capacității intelectuale nonverbale. În cazurile în care performanța școlară este semnificativ sub această capacitate măsurată, trebuie pus diagnosticul de tulburare de învățare corespunzătoare.

**Discalculia** și **disgrafia** survin cel mai frecvent în combinație cu **dislexia**. Când sunt satisfăcute criteriile pentru mai mult decât o singură tulburare de învățare trebuie să fie diagnosticate toate.

# 315.00 Dislexia (Tulburarea Cititului)

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al dislexiei îl constituie faptul că performanța în lexie (adică, acuratețea, viteza sau comprehensiunea lexiei, măsurate prin teste standardizate administrate individual) coboară substanțial sub ceea ce este expectat, dată fiind etatea cronologică a individului, inteligența măsurată și educația corespunzătoare etății (criteriul A). Perturbarea lexiei interferează semnificativ cu performanța școlară sau cu activitățile vieții cotidiene care necesită aptitudini lexice (criteriul B). Dacă este prezent un deficit senzorial, dificultățile lexice sunt în exces față de cele asociate de regulă cu acesta (criteriul C). De asemenea, dacă există un deficit neurologic, un deficit senzorial sau altă condiție medicală generală, acestea trebuie

codificate pe axa III. La indivizii cu tulburarea cititului (care a fost denumită „dislexie"), lectura orală se caracterizează prin distorsiuni, substituiri sau omisiuni, iar atât cititul cu voce tare, cât și cititul în gând sunt caracterizate prin lentoare și erori în comprehensiune.

## Elemente și tulburări asociate

Vezi secțiunea „Elemente și tulburări asociate" pentru tulburările de învățare (pag. 50). Discalculia și disgrafia sunt asociate frecvent cu dislexia, fiecare din aceste tulburări fiind întâlnită relativ rar în absența dislexiei.

## Elemente specifice sexului

Aproximativ 60% până la 80% dintre indivizii diagnosticați cu dislexie sunt bărbați. Procedeele de trimitere pot fi adesea înclinate spre identificarea bărbaților, pentru că ei prezintă mai frecvent comportamente disruptive în asociere cu tulburările de învățare. S-a constatat însă, că tulburarea survine în proporții aproape egale la bărbați și la femei, când sunt utilizate o stabilire atentă a diagnosticului și criterii stricte, mai curând decât trimiterile de către școală și procedeele de diagnostic tradiționale.

## Prevalență

Prevalența dislexiei este dificil de stabilit, deoarece multe studii s-au concentrat asupra prevalenței tulburărilor de învățare, fără a face o separare corespunzătoare în dislexie, discalculie și disgrafie. Dislexia, singură sau în combinație cu discalculia sau disgrafia, reprezintă aproximativ patru din fiecare cinci cazuri de tulburare de învățare. Prevalența dislexiei în Statele Unite este estimată la 4% la copiii de etate școlară. În alte țări, în care sunt utilizate criterii mai stricte, cifrele pentru incidența și prevalența dislexiei sunt mai mici.

## Evoluție

Deși simptome ale dificultății lexice (de ex., incapacitatea de a distinge literele comune, unele de altele, sau de a asocia fonemele comune cu simbolurile literale) pot surveni încă din primul an de grădiniță, dislexia este rar diagnosticată înainte de terminarea grădiniței sau de începutul clasei a întâia, deoarece instruirea formală pentru citit nu începe de regulă până în acest moment în cele mai multe școli. În special când dislexia este asociată cu un QI înalt, copilul poate funcționa la, sau aproape la, nivelul clasei, în primele clase, dislexia nedevenind pe deplin evidentă până în clasa a patra sau chiar mai târziu. Cu identificare și intervenție precoce, prognosticul este bun într-un procent semnificativ de cazuri. Dislexia poate persista în viața adultă.

## Pattern familial

Dislexia se agregă familial și este mai frecventă printre rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu dislexie.

### Diagnostic diferențial

Vezi secțiunea „Diagnostic diferențial" pentru tulburările de învățare (pag. 51).

### Criteriile de diagnostic pentru 315.00 Dislexie

A. Performanța în lexie, măsurată prin teste standardizate de corectitudine și înțelegere a lecturii, administrate individual, este substanțial sub cea expectată dată fiind etatea cronologică a persoanei, inteligența măsurată și educația corespunzătoare etății.

B. Perturbarea de la criteriul A interferează semnificativ cu performanța școlară sau cu activitățile vieții cotidiene care necesită aptitudini lexice.

C. Dacă este prezent un deficit senzorial, dificultățile de lexie sunt în exces față de cele asociate de regulă cu acesta.

**Notă de codificare**: Dacă este prezentă o condiție medicală generală (de ex., neurologică) sau un deficit senzorial, condiția se codifică pe axa III.

## 315.1 Discalculia (Tulburarea de Calcul)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al discalculiei îl constituie capacitatea matematică (măsurată prin teste standardizate de calcul sau raționament matematic, administrate individual) substanțial sub cea expectată de la etatea cronologică a individului, inteligența măsurată și educația corespunzătoare etății (criteriul A). Tulburarea de calcul interferează semnificativ cu performanța școlară sau cu activitățile vieții cotidiene care necesită aptitudini matematice (criteriul B). Dacă este prezent un deficit senzorial, dificultățile în capacitatea de a calcula sunt în exces față de cele asociate de regulă cu acesta (criteriul C). Dacă o condiție neurologică sau o altă condiție medicală generală ori un deficit senzorial este prezent, acesta va fi codificat pe axa III. Un număr de alte aptitudini diferite poate fi deteriorat în discalculie, incluzând aptitudinile „lingvistice" (de ex., înțelegerea sau denumirea termenilor, operațiilor sau conceptelor matematice și decodarea problemelor scrise în simboluri matematice), aptitudinile „perceptive" (de ex., recunoașterea sau citirea simbolurilor numerice ori a semnelor aritmetice și adunarea obiectelor în grupe), aptitudinile „prosexice" (de ex., copierea corectă a numerelor sau cifrelor, ținerea minte pentru a fi adunate a numerelor de „reportat" și observarea semnelor operaționale) și aptitudinile „matematice" (de ex., urmărirea secvențelor procedeelor matematice, numărarea obiectelor, învățarea tablei înmulțirii).

### Elemente și tulburări asociate

Vezi secțiunea „Elemente și tulburări asociate" pentru tulburările de învățare (pag. 50). Discalculia este întâlnită frecvent în combinație cu dislexia sau cu disgrafia.

### Prevalență

Prevalența discalculiei este dificil de stabilit, deoarece multe studii s-au concentrat asupra prevalenței tulburărilor de învățare, fără separarea corespunzătoare în tulburări specifice de lexie, de calcul ori de expresie grafică. Prevalența discalculiei numai (adică, atunci când nu este întâlnită în asociere cu alte tulburări de învățare) a fost estimată la aproximativ unu din fiecare cinci cazuri de tulburare de învățare. Se estimează că 1% dintre copii de etate școlară au discalculie.

### Evoluție

Deși simptomele de dificultate în calcul (de ex., confuzie în conceptele de număr sau incapacitatea de a număra corect) pot apare încă de la grădiniță sau din clasa I-a, discalculia este rar diagnosticată înainte de finele clasei a I-a, deoarece până la această dată instruirea matematică oficială nu a avut de regulă loc în cele mai multe școli. Ea devine de regulă evidentă în cursul clasei a II-a sau a III-a. În special când discalculia este asociată cu un QI înalt, copilul poate fi capabil să funcționeze la, sau aproape la, nivelul clasei, în primele clase, iar discalculia să nu devină evidentă până în clasa a V-a sau chiar mai târziu.

### Diagnostic diferențial

Vezi secțiunea de „Diagnostic diferențial" pentru tulburările de învățare (pag. 51).

### Criteriile de diagnostic pentru 315. Discalculie

A. Capacitatea de calcul aritmetic, măsurată prin teste standardizate, este substanțial sub cea expectată, dată fiind etatea cronologică a persoanei, inteligența măsurată și educația corespunzătoare etății.

B. Perturbarea de la criteriul A, interferează semnificativ cu performanța scolară sau cu activitățile vieții cotidiene care necesită aptitudini matematice.

C. Dacă este prezent un deficit senzorial, dificultățile în aptitudinea matematică sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu acesta.

**Notă de codificare:** Dacă este prezentă o condiție medicală generală (de ex., neurologică) sau un deficit senzorial, condiția se codifică pe axa III.

## 315.2 Disgrafia (Tulburarea Expresiei Grafice)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al disgrafiei (tulburarea expresiei grafice) îl constituie aptitudinile grafice (măsurate printr-un test standardizat, administrat individual sau aprecierea funcțională a aptitudinilor grafice) care sunt substanțial sub cele

expectate, dată fiind etatea cronologică a individului, inteligența măsurată și educația corespunzătoare etății (criteriul A). Perturbarea în expresia grafică interferează semnificativ cu reușita școlară sau cu activitățile vieții cotidiene care necesită aptitudini grafice (criteriul B). Dacă este prezent un deficit senzorial, dificultățile în aptitudinile grafice sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu acesta (criteriul C). De asemenea, dacă este prezentă o condiție neurologică sau altă condiție medicală generală ori un deficit senzorial, acesta trebuie codificat pe axa III. În general, există o combinație de dificultăți în capacitatea individului de a compune texte scrise, evidențiată prin erori gramaticale sau de punctuație în cadrul propozițiunilor, organizare defectuoasă a paragrafelor, erori multiple de ortografie și scris extrem de urât. În general, acest diagnostic nu este pus, dacă există numai erori ortografice sau numai scris urât, în absența altei deteriorări a expresiei grafice. În comparație cu alte tulburări de învățare, despre tulburările expresiei grafice și remedierea lor se știe foarte puțin, în special când acestea survin în absența dislexiei. Cu excepția ortografiei, în acest domeniu, testele standardizate sunt mai puțin bine elaborate decât testele pentru aptitudinea de a citi sau de a calcula, iar evaluarea deteriorării în aptitudinile grafice poate necesita o comparație între eșantioane întinse de teme școlare scrise ale individului, performanța expectată pentru etatea sa și QI. Acesta este în special cazul pentru copiii mici din primele clase elementare. Sarcinile în care copilul este pus să copieze un text, să scrie sub dictare și scrisul spontan pot fi toate necesare pentru a stabili prezența și severitatea acestei tulburări.

## Elemente și tulburări asociate

Vezi secțiunea „Elemente și tulburări asociate" pentru tulburările de învățare (pag. 50). Disgrafia este întâlnită frecvent în combinație cu dislexia și discalculia. Există unele probe că deficitele de limbaj și cele perceptivo-motorii pot acompania această tulburare.

## Prevalență

Prevalența disgrafiei este dificil de stabilit, deoarece multe studii s-au concentrat asupra prevalenței tulburărilor de învățare fără a le separa corespunzător în tulburări specifice de lexie, de calcul sau de expresie grafică. Disgrafia este rară, când nu este asociată cu alte tulburări de învățare.

## Evoluție

Deși dificultatea grafică (de ex., scrisul extrem de urât, incapacitatea de a copia sau incapacitatea de a-și aminti secvențele de litere în cuvintele comune) poate apare încă din cursul clasei a I-a, disgrafia este rar diagnosticată înainte de finele clasei a I-a, deoarece până la această dată în cele mai multe școli nu s-a facut suficientă instruire oficială în legătură cu scrisul. Tulburarea este evidentă de regulă în clasa a II-a. Disgrafia poate fi văzută ocazional și la copii mai mari ori la adulți, iar despre prognosticul său pe termen lung se știe foarte puțin.

### Diagnostic diferențial

Vezi secțiunea „Diagnostic diferențial" pentru tulburările de învățare (pag. 51). O tulburare interesând numai ortografia sau scrisul, în absența altor dificultăți ale expresiei grafice, nu îndreptățește în general la diagnosticul de disgrafie. Dacă scrisul urât se datorează unei deteriorari a coordonării motorii, trebuie luat în considerație diagnosticul de tulburare de dezvoltare a coordonării.

### Criteriile de diagnostic pentru 315.2 Disgrafie

A. Aptitudinile grafice, măsurate prin teste standardizate administrate individual (sau evaluările funcționale ale aptitudinilor grafice), sunt substanțial sub cele expectate, dată fiind etatea cronologică a persoanei și educația corespunzătoare etății.

B. Perturbarea de la criteriul A interferează semnificativ cu performanța școlară sau cu ac

tivitățile vieții cotidiene care necesită compunerea de texte scrise (de ex., propoziționi sau paragrafe organizate, scrise corect gramatical).

C. Dacă este prezent un deficit senzorial, dificultățile în aptitudinile grafice sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu acesta.

**Notă de codificare:** Dacă este prezentă o condiție medicală (de ex., neurologică) sau un deficit senzorial, condiția se codifică pe axa III.

## 315.9 Tulburare de Învățare Fără Altă Specificație

Această categorie este rezervată tulburărilor de învățare care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare de învățare specifică. Această categorie poate include probleme din toate cele trei domenii, lexie, calcul, grafie, care, împreună, interferează cu performanța școlară, chiar dacă rezultatul la testele măsurând fiecare aptitudine individuală nu este substanțial sub cel expectat, dată fiind etatea cronologică a persoanei, inteligența măsurată și educația corespunzătoare etății.

# Tulburarea aptitudinilor motorii

## 315.4 Tulburarea de Dezvoltare a Coordonării

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de dezvoltare a coordonării îl constituie o deteriorare considerabilă în dezvoltarea coordonării motorii (criteriul A). Diagnosticul este pus numai dacă deteriorarea interferează semnificativ cu performanța școlară sau cu activitățile vieții cotidiene (criteriul B). Diagnosticul se

pune numai dacă dificultățile de coordonare nu se datorează unei condiții medicale generale (de ex., paralizie cerebrală, hemiplegie sau distrofie musculară), iar criteriile pentru tulburarea de dezvoltare pervasivă nu sunt satisfăcute (criteriul C). Dacă este prezentă retardarea mentală, dificultățile motorii sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceasta (criteriul D). Manifestările acestei tulburări variază cu etatea și cu dezvoltarea. De exemplu, copii mai mici pot prezenta stângăcie și întârzieri în atingerea jaloanelor de dezvoltare motorie (de ex., mers, târât, așezat, înodatul șireturilor la pantofi, încheierea nasturilor la cămașe, încheierea fermoarului la pantaloni). Copiii mai mari pot prezenta dificultăți în aspectul motor al asamblării unor jocuri, al construirii după modele, al jocului cu balonul, al desenatului sau scrisului.

## Elemente și tulburări asociate

Problemele asociate frecvent cu tulburarea de dezvoltare a coordonării includ întârzieri și în alte jaloane nonmotorii. Tulburările asociate pot include tulburarea fonologică, tulburarea de limbaj expresiv și tulburarea mixtă de limbaj receptiv și expresiv.

## Prevalență

Prevalența tulburării de dezvoltare a coordonării a fost estimată a fi mai mare de 6% pentru copii din grupa de etate 5-11 ani.

## Evoluție

Recunoașterea tulburării de dezvoltare a coordonării survine de regulă când copilul încearcă să efectueze pentru prima dată sarcini precum alergatul, ținutul în mână al cuțitului și furculiței, încheierea nasturilor sau jocuri cu balonul. Evoluția este variabilă. În unele cazuri, lipsa de coordonare se continuă în adolescență și în perioada adultă.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de dezvoltare a coordonării trebuie să fie distinsă de deteriorările motorii datorate unei condiții medicale generale. Problemele de coordonare pot fi asociate cu tulburări neurologice specifice (de ex., paralizie cerebrală, leziuni progresive ale cerebelului), dar în aceste cazuri există o leziune nervoasă precisă și date anormale la examenul neurologic. Dacă este prezentă retardarea mentală, tulburarea de dezvoltare a coordonării poate fi diagnosticată numai dacă dificultățile motorii sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu retardarea mentală. Diagnosticul de tulburare de dezvoltare a coordonării nu este pus dacă sunt satisfăcute criteriile pentru o tulburare de dezvoltare pervasivă. Indivizii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție pot cădea, se pot lovi de, sau răsturna, diverse obiecte, dar aceasta se datorează de regulă distractibilității și impulsivității mai curând decât unei deteriorări motorii. Dacă sunt satisfăcute criteriile pentru ambele tulburări, pot fi puse ambele diagnostice.

### Criteriile de diagnostic pentru 315.4 Tulburarea de Dezvoltare a Coordonării

A. Performanța în activitățile cotidiene care cer coordonare motorie este substanțial sub cea expectată, dată fiind etatea cronologică a persoanei și inteligența măsurată. Acesta se poate manifesta prin întârzieri marcate în atingerea jaloanelor motorii (de ex., mersul, târâtul, așezatul), scăparea obiectelor din mână, „stângăcie", performanțe reduse în sport, scris de mână urât.

B. Perturbarea de la criteriul A interferează cu performanța școlară sau cu activitățile vieții cotidiene.

C. Perturbarea nu se datorează unei condiții medicale generale (de ex., paralizie cerebrală, hemiplegie sau distrofie musculară) și nu satisface criteriile pentru tulburarea de dezvoltare pervasivă.

D. Dacă este prezentă retardarea mentală, dificultățile motorii sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu acesta.

**Notă de codificare:** Dacă este prezentă o condiție medicală generală (de ex., neurologică) sau un deficit senzorial, condiția se codifică pe axa III.

## Tulburările de comunicare

În această secțiune sunt incluse următoarele tulburări de comunicare: tulburarea de limbaj expresiv, tulburarea mixtă de limbaj receptiv și expresiv, tulburarea fonologică, balbismul, tulburarea de comunicare fără altă specificație. Ele sunt incluse în această clasificare pentru a familiariza clinicienii cu modurile în care se prezintă tulburările de comunicare și pentru a facilita diagnosticul lor diferențial.

## 315.31 Tulburarea de Limbaj Expresiv

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de limbaj expresiv îl constituie o deteriorare în dezvoltarea limbajului expresiv demonstrată de scorurile la măsurările standardizate, administrate individual, ale dezvoltării limbajului expresiv, care sunt substanțial sub cele obținute la măsurările standardizate, atât ale capacității intelectuale nonverbale, cât și ale dezvoltării limbajului receptiv (criteriul A). Când instrumentele standardizate nu sunt disponibile sau nu sunt adecvate, diagnosticul se poate baza pe o evaluare funcțională detaliată a aptitudinii lingvistice a individului. Pot surveni dificulăți în comunicare implicând atât limbajul verbal, cât și semnele lingvistice. Dificultățile lingvistice interferează cu performanța școlară sau profesională ori cu comunicarea socială (criteriul B). Simptomele nu trebuie să satisfacă criteriile pentru tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv ori pentru

o tulburare de dezvoltare pervasivă (criteriul C). Dacă este prezentă retardarea mentală, un deficit verbomotor sau un deficit senzorial ori deprivarea ambientală, dificultățile în limbaj sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme (criteriul D). Dacă este prezent un deficit verbomotor sau senzorial ori o condiție neurologică, aceasta trebuie să fie codificată pe axa III.

Elementele lingvistice ale tulburării variază în funcție de severitatea sa și de etatea copilului. Aceste elemente includ un debit verbal redus, un vocabular redus, dificultăți în achiziționarea de cuvinte noi, în reperarea cuvintelor sau erori de vocabular, propoziții scurte, structuri gramaticale simplificate, varietăți reduse de structuri gramaticale (de ex., forme verbale), varietăți reduse de tipuri de propoziții (de ex., propoziții imperative, interogative), omisiuni ale părților decisive ale frazelor, utilizarea unei ordini insolite a cuvintelor și ritm lent de dezvoltare a limbajului. Funcționarea nonlingvistică (măsurată prin performanța la testele de inteligență și aptitudinile de înțelegere a limbajului sunt de regulă în limite normale. Tulburarea de limbaj expresiv poate fi, fie căpătată, fie de dezvoltare. În tipul căpătat, deteriorarea în limbajul expresiv survine după o perioadă de dezvoltare normală, ca rezultat al unei condiții neurologice sau al unei alte condiții medicale generale (de ex., encefalită, traumatism craniocerebral, iradiere). În tipul de dezvoltare, există o deteriorare în limbajul expresiv care nu este asociată cu o afecțiune neurologică postnatală de origine cunoscută. Copiii cu acest tip de tulburare încep să vorbească adesea târziu și trec mai lent decât în mod uzual prin diversele stadii de dezvoltare a limbajului expresiv.

## Elemente și tulburări asociate

Cel mai comun element asociat al tulburării de limbaj expresiv la copiii mici este tulburarea fonologică. Poate exista, de asemenea, o perturbare în fluența și formularea limbajului, implicând un curs anormal de rapid și un ritm neregulat al vorbirii, și perturbări în structura limbajului („tumultus sermonis"). Când tulburarea de limbaj expresiv este căpătată, dificultăți suplimentare în vorbire sunt, de asemenea, comune și pot include probleme de articulare motorie, erori fonologice, lentoare în vorbire, repetiții de silabe, intonație monotonă, patternuri de accentuare. La copiii de etate școlară, problemele școlare și de învățare (de ex., scrisul după dictare, copierea de propoziții, ortografia), care satisfac uneori criteriile pentru tulburările de învățare, sunt asociate adesea cu tulburarea de limbaj expresiv. Mai poate exista, de asemenea, o deteriorare ușoară a aptitudinilor de limbaj receptiv, iar când aceasta este semnificativă, poate fi pus diagnosticul de tulburare mixtă de limbaj expresiv și receptiv. Un istoric de întârziere în atingerea jaloanelor motorii, de tulburare de dezvoltare a coordonării și de enurezis nu sunt rare. Retragerea socială și unele tulburări mentale, cum ar fi tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, sunt destul de frecvent asociate. Tulburarea de limbaj expresiv poate fi acompaniată de anomalii EEG, date anormale la imagistica cerebrală, comportamente dizartrice sau apraxice ori de alte semne neurologice.

## Elemente specifice culturii și sexului

Evaluările dezvoltării aptitudinilor de comunicare trebuie să țină cont de contextul cultural și lingvistic al individului, în special la indivizii crescuți în medii bilingve. Măsurările standardizate ale dezvoltării limbajului și ale capacității intelectuale nonverbale trebuie să fie relevante pentru grupul cultural și lingvistic

(de ex., testele elaborate și standardizate pentru un grup pot să nu ofere norme corespunzătoare pentru un grup diferit). Tipul de dezvoltare al tulburării de limbaj expresiv este mai frecvent la bărbați decât la femei.

## Prevalență

Estimările prevalenței variază cu etatea. La copii sub 3 ani, întârzierile în limbaj sunt foarte frecvente, survenind în 10-15% dintre copii. La etatea școlară estimările prevalenței merg de la 3% la 7%. Tipul de dezvoltare al tulburării de limbaj expresiv este mai frecvent decât tipul căpătat.

## Evoluție

Tipul de dezvoltare al tulburării de limbaj expresiv este recunoscut de regulă la etatea de 3 ani, însă formele ușoare ale tulburării pot să nu devină evidente până la începutul adolescenței, când limbajul devine de regulă mai complex. Tipul căpătat de tulburare de limbaj expresiv datorat leziunilor cerebrale, traumatismelor craniene, ictusurilor, poate surveni la orice etate, iar debutul este brusc. Deznodământul tipului de dezvoltare al tulburării de limbaj expresiv este variabil. Majoritatea copiilor cu acestă tulburare se ameliorează substanțial, însă într-un mic procent dificultățile persistă și în perioada adultă.

Cei mai mulți copii capătă, în cele din urmă, aptitudini lingvistice mai mult sau mai puțin normale, până târziu în adolescență, cu toate că pot persista deficite subtile. În tipul căpătat al tulburării de limbaj expresiv, evoluția și prognosticul sunt în raport cu severitatea și localizarea patologiei cerebrale, precum și cu etatea copilului și gradul de dezvoltare a limbajului în momentul căpătării tulburării. Ameliorarea clinică a aptitudinilor de limbaj este uneori rapidă și completă, deși pot persista deficite în comunicare și aptitudinile cognitive asociate. În alte cazuri poate exista un deficit progresiv.

## Pattern familial

Se pare că tipul de dezvoltare al tulburării de limbaj expresiv survine mai frecvent la indivizii care au un istoric familial de tulburări de comunicare sau de tulburări de învățare. Nu există nici o probă de agregare familială în tipul căpătat.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de limbaj expresiv se distinge de **tulburarea mixtă de limbaj receptiv și expresiv** prin prezența în ultima a unei deteriorări semnificative a limbajului receptiv; mulți indivizi cu tulburarea de limbaj expresiv au, de asemenea, dificultăți subtile și în aptitudinile receptive.

Tulburarea de limbaj expresiv nu va fi diagnosticată dacă sunt satisfăcute criteriile pentru **tulburarea autistă** sau pentru o altă **tulburare de dezvoltare pervasivă**. Tulburarea autistă implică, de asemenea, o deteriorare a limbajului expresiv, dar poate fi distinsă de tulburarea de limbaj expresiv și de tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv prin caracrteristicile deteriorării în comunicare (de ex., utilizarea stereotipă a limbajului) și prin prezența unei deteriorări calitative în interacțiunea socială și a unor patternuri stereotipe, repetitive și restrânse de comportament. Dezvoltarea limbajului receptiv și expresiv poate fi deteriorată din cauza **retardării mentale**, a unei **deteriorări a auzului** ori a **altui deficit senzorial**,

a unui **deficit verbomotor** ori a unei **deprivări ambientale severe**. Prezența acestor probleme poate fi stabilită prin teste de inteligență, testare audiometrică, testare neurologică și istoric. Dacă dificultățile de limbaj sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme, poate fi pus diagnosticul concomitent de tulburare a limbajului expresiv sau cel de tulburare mixtă de limbaj expresiv și receptiv. Copiii cu întârzieri în limbajul expresiv datorate deprivării ambientale pot prezenta recuperări rapide, odată ce problemele ambientale s-au ameliorat.

În **disgrafie** există o perturbare în aptitudinile grafice. Dacă sunt prezente, de asemenea, și deficite ale expresiei orale, un diagnostic adițional de tulburare de limbaj expresiv poate fi adecvat. **Mutismul selectiv** implică un debit expresiv redus care poate mima tulburarea de limbaj expresiv ori tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv, caz în care un istoric și o observație atentă sunt necesare pentru a preciza prezența unui limbaj normal în anumite situații. **Afazia căpătată**, asociată cu o condiție medicală generală în copilărie este adesea tranzitorie. Diagnosticul de tulburare de limbaj expresiv este indicat numai dacă perturbarea limbajului persistă și după perioada de recuperare acută a condiției etiologice medicale generale (de ex., un traumatism cranian, o infecție virală).

## Criteriile de diagnostic pentru 315.31 Tulburarea de Limbaj Expresiv

A. Scorurile obținute la măsurările standardizate ale dezvoltării limbajului expresiv administrate individual sunt substanțial sub cele obținute la măsurările standardizate ale capacității intelectuale nonverbale și dezvoltării limbajului receptiv. Perturbarea se poate manifesta clinic prin simptome care includ faptul de a avea un vocabular considerabil redus, de a face erori în conjugarea verbelor ori de a avea dificultăți în evocarea cuvintelor sau în crearea de propoziții de lungime sau complexitate corespunzătoare dezvoltării.

B. Dificultățile în limbajul expresiv interferează cu performanța școlară sau profesională ori cu comunicarea socială.

C. Nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv sau pentru o tulburare de dezvoltare pervasivă.

D. Dacă este prezentă retardarea mentală, un deficit verbomotor sau senzorial ori deprivarea ambientală dificultățile de limbaj sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme.

**Notă de codificare:** Dacă este prezent un deficit verbomotor sau senzorial ori o condiție neurologică, condiția se codifică pe axa III .

# 315.32 Tulburarea Mixtă de Limbaj Expresiv și Receptiv

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării mixte de limbaj expresiv și receptiv îl constituie o deteriorare, atât în dezvoltarea limbajului receptiv, cât și a celui expresiv, demonstrată prin scorurile la măsurările standardizate, administrate individual, ale dezvoltării, atât a limbajului receptiv, cât și a celui expresiv, care sunt substanțial sub cele obținute prin măsurările standardizate ale capacității intelectuale nonverbale (criteriul A). Dificultățile care survin în comunicare implică, atât limbajul verbal cât și semnele lingvistice. Diffcultățile în limbaj interferează cu performanța școlară sau profesională, ori cu comunicarea socială (criteriul B), iar simptomele nu satisfac criteriile pentru o tulburare pervasivă de dezvoltare (criteriul C). Dacă este prezentă retardarea mentală, un deficit verbomotor sau senzorial, ori deprivarea ambientală, dificultățile în limbaj sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme (criteriul D). Dacă este prezent un deficit verbomotor sau senzorial, ori o condiție neurologică, acestea vor fi codificate pe axa III.

Un individ cu această tulburare are dificultățile asociate cu tulburarea limbajului expresiv, (de ex., vocabular extrem de redus, erori în cojugarea verbelor, dificultăți în evocarea cuvintelor sau în crearea de propoziținni de lungime sau complexitate corespunzătoare dezvoltării și dificultate generală în exprimarea ideilor) și, de asemenea, are dificultăți în dezvoltarea limbajului receptiv (de ex. dificultăți în înțelegerea cuvintelor, propozițiunilor ori a anumitor tipuri de cuvinte. În cazurile ușoare, pot exista dificultăți numai în înțelegerea anumitor tipuri de cuvinte (de ex., a termenilor spațiali) sau a anumitor specificații (de ex., a maximelor „dacă-atunci"). În cazurile mai severe, pot exista incapacități multiple care includ incapacitatea de a înțelege vocabularul de bază sau propozițiunile simple, și deficite în diverse domenii ale procesării auditive (de ex., discriminarea sunetelor, asocierea de sunete și simboluri, conservarea, evocarea și secvențierea). Deoarece dezvoltarea limbajului expresiv în copilărie este în raport cu achiziționarea aptitudinilor receptive, o tulburare pură de limbaj receptiv (analogă afaziei Wernicke de la adulți) nu se întâlnește practic niciodată.

Tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv poate fi, fie căpătată, fie de dezvoltare. În tipul căpătat, deteriorarea în limbajul receptiv și în limbajul expresiv survine după o perioadă de dezvoltare normală, ca rezultat al unei condiții neurologice sau al unei alte condiții medicale generale (de ex., encefalită, traumatism cranian, iradiere). În tipul de dezvoltare există o deteriorare în limbajul receptiv și în cel expresiv, care nu este asociată cu o leziune neurologică de origine cunoscută. Acest tip este caracterizat printr-un ritm lent de dezvoltare a limbajului, în care vorbitul începe târziu și avansează lent prin stadiile de dezvoltare a limbajului.

## Elemente și tulburări asociate

Elementele lingvistice ale deteriorării producerii limbajului în tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv sunt sinonime cu cele care acompaniază tulburarea de limbaj expresiv. Deficitul de înțelegere este elementul principal care

diferențiază această tulburare de tulburarea de limbaj expresiv, iar aceasta poate varia în funcție de severitatea tulburării și etatea copilului. Deteriorările în înțelegerea limbajului pot fi mai puțin evidente decât cele în producerea limbajului, deoarece ele nu sunt tot atât de ușor de sesizat de către observator și pot apare numai la o evaluare formală. Copilul poate părea, intermitent, că nu aude, că este confuz sau că nu acordă atenție când i se vorbește. Copilul poate efectua incorect comenzile ori poate să nu le efectueze deloc, și să dea răspunsuri tangențiale sau inadecvate la întrebări. Copilul poate fi extrem de tăcut sau, din contra, foarte vorbăreț. Aptitudinile conversaționale (de ex., schimbarea, menținerea unui subiect de discuție) sunt adesea foarte reduse sau inadecvate. Deficitele în diverse domenii ale procesării informației senzoriale sunt frecvente, în special în procesarea auditivă temporală (de ex., ritmul de procesare, asocierea de sunete și simboluri, succesiunea sunetelor și memoria, atenția acordată sunetelor și discriminarea lor). Dificultatea în producerea secvențelor motorii lin și rapid este, de asemenea, caracteristică. Tulburarea fonologică, tulburările de învățare și deficitele în perceperea limbajului sunt adesea prezente și acompaniate de deteriorări ale memoriei. Alte tulburări asociate sunt tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tulburarea de dezvoltare a coordonării și enurezisul. Tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv poate fi acompaniată de anomalii EEG, date anormale la neuroimagistică și alte semne neurologice. O formă de tulburare mixtă de limbaj expresiv și receptiv cu debut între 3 și 9 ani, și acompaniată de convulsii este denumită sindrom Landau-Kleffner.

## Elemente specifice culturii și sexului

Evaluările dezvoltării aptitudinilor de comunicare trebuie să țină cont de contextul cultural și lingvistic al individului, în special la indivizii crescuți în medii bilingve. Măsurările standardizate ale dezvoltării lingvistice și ale capacității intelectuale nonverbale trebuie să fie relevante pentru grupul cultural și lingvistic. Tipul de dezvoltare este mai frecvent la bărbați decât la femei.

## Prevalență

Estimările prevalenței variază cu etatea. Se estimează că tipul de dezvoltare al tulburării mixte de limbaj expresiv și receptiv poate surveni în până la 5% dintre prșcolari și în 3% dintre copii de etate școlară și că este probabil mai puțin frecvent decât tulburarea de limbaj expresiv. Sindromul Landau-Kleffner și alte forme ale tipului căpătat al tulburării sunt mai rare.

## Evoluție

Tipul de dezvoltare al tulburării mixte de limbaj expresiv și receptiv este de regulă detectabil înainte de etatea de 4 ani. Formele severe ale tulburării pot fi evidente încă de la etatea de 2 ani. Formele mai ușoare pot să nu fie recunoscute până ce copilul nu intră în școala elementară, unde deficitele în comprehensiune devin mai evidente. Tipul căpătat al tulburării mixte de limbaj expresiv și receptiv datorat unor leziuni cerebrale, traumatism cranian ori ictus poate surveni la orice etate. Tipul căpătat datorat sindromului Landau-Kleffner (afazia epileptică căpătată) survine de regulă între 3 și 9 ani. Mulți copii cu tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv achiziționează în cele din urmă aptitudini lingvistice normale,

dar prognosticul este mai rău decât al celor cu tulburare de limbaj expresiv. În tipul căpătat al tulburării mixte de limbaj expresiv și receptiv, evoluția și prognosticul sunt în raport cu severitatea și localizarea patologiei cerebrale, precum și cu etatea copilului și gradul de dezvoltare a limbajului în momentul căpătării tulburării. Ameliorarea clinică în aptitudinile de limbaj este uneori completă, pe când în alte cazuri recuperarea poate fi incompletă sau deficitul poate progresa. Copiii cu forme mai severe vor dezvolta probabil tulburări de învățare.

### Pattern familial

Tipul de dezvoltare al tulburării mixte de limbaj expresiv și receptiv este mai frecvent printre rudele biologice de gradul I ale celor cu tulburarea decât în populația generală. Nu există nici o probă de agregare familială în tipul căpătat al tulburării.

### Diagnostic diferențial

Vezi secțiunea „Diagnostic diferențial" pentru tulburarea de limbaj expresiv (pag. 60).

## Criteriile de diagnostic pentru 315.32 Tulburarea Mixtă de Limbaj Expresiv și Receptiv

A. Scorurile obținute printr-o baterie de măsurări standardizate administrate individual ale dezvoltării limbajului receptiv cît și expresiv sunt substanțial sub cele obținute la măsurările standardizate ale capacității intelectuale nonverbale. Simptomele includ pe cele pentru tulburarea de limbaj expresiv, precum și dificultatea în înțelegerea cuvintelor, propozițiunilor ori a unor tipuri specifice de cuvinte, cum sunt termenii spațiali.

B. Dificultățile în limbajul receptiv și expresiv interferează semnificativ cu performanța școlară sau profesională ori cu comunicarea socială.

C. Nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de dezvoltare pervasivă.

D. Dacă este prezentă retardarea mentală, un deficit verbomotor sau senzorial ori deprivarea ambientală, dificultățile de limbaj sunt în exces în raport cu cele asociate cu aceste probleme.

**Notă de codificare:** Dacă este prezent un deficit verbomotor sau senzorial ori o condiție neurologică, condiția se codifică pe axa III.

# 315.39 Tulburarea Fonologică (*anterior* Tulburarea de Dezvoltare a Articulării)

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării fonologice îl constituie incapacitatea de a utiliza sunetel vorbirii expectate în dezvoltare și care sunt corespunzătoare pentru etatea și dialectul individului (criteriul A). Aceasta poate implica erori în producerea, uzul, reprezentarea sau organizarea sunetelor, cum ar fi substituirile unui sunet cu altul (utilizează sunetul /t/ în locul sunetului /k/) ori omisiuni de sunete (de ex., ale consoanelor finale), dar nu se limitează numai la acestea. Dificultățile în producerea sunetelor vorbirii interferează cu performanța școlară sau profesională ori cu comunicarea socială (criteriul B). Dacă este prezentă retardarea mentală, un deficit verbomotor sau senzorial ori deprivarea ambientală, dificultățile în vorbire sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme (criteriul C). Dacă este prezent un deficit verbomotor sau senzorial ori o condiție neurologică, acestea trebuie codificate pe axa III.

Tulburarea fonologică include erori în producția fonologică (adică în articulare), care implică incapacitatea de a emite corect sunetele vorbirii și formele bazate cognitiv ale problemelor fonologice care implică un deficit în clasificarea sunetelor vorbirii (de ex., dificultate în a alege care sunete în limbaj fac să se diferențieze sensul). Severitatea merge de la un foarte redus sau de la nici un efect asupra inteligibilității vorbirii până la o vorbire complet ininteligibilă. Omisiunile de sunete sunt de regulă văzute ca mai severe decât sunt substituirile de sunete, care în schimb sunt mai severe decât distorsiunile de sunete. Sunetele cel mai frecvent articulate eronat sunt cele căpătate mai târziu în cursul dezvoltării (l, r, s, z, th, ch), dar la indivizii mai tineri (copiii mai mici) sau mai sever afectați, și consoanele și vocalele care se dezvoltă mai precoce pot fi, de asemenea, afectate. Lispingul (adică articularea defectuoasă a sibilantelor) este extrem de comun. Tulburarea fonologică poate implica, de asemenea, erori în selectarea și ordonarea sunetelor în silabe și cuvinte (de ex., în l. engleză aks în loc de ask).

## Elemente și tulburări asociate

Deși poate exista o asociere cu factori cauzali evidenți, cum ar fi deteriorarea auzului, defecte structurale ale mecanismelor orale ale limbajului periferic (de ex., palatoschizis), condiții neurologice (de ex., paralizie cerebrală), restricții cognitive (de ex., retardare mentală), ori probleme psihosociale, la cel puțin 2,5% dintre copiii preșcolari se constată prezența unor tulburări fonologice de origine necunoscută sau presupusă, care sunt adesea denumite drept *funcționale* sau *de dezvoltare*. Poate exista, de asemenea, o întârziere în vorbire. Unele forme de tulburare fonologică implicând erori inconstante, dificultăți în secvențierea sunetelor în limbajul înlănțuit logic și distorsiuni ale vocalelor sunt denumite uneori uneori „ dispraxie de dezvoltare a limbajului".

## Elemente specifice culturii și sexului

Evaluările dezvoltării aptitudinilor de comunicare trebuie să țină cont de contextul cultural și lingvistic al individului, în special la indivizii crescuți în medii bilingve. Tulburarea fonologică este mai frecventă la bărbați.

## Prevalență

Aproximativ 2% dintre copiii în etate de 6 și 7 ani prezintă tulburare fonologică, mergând de la moderată până la severă, deși prevalența formelor ușoare ale acestei tulburări este mai mare. Prevalența scade la 0,5% la etatea de 17 ani.

## Evoluție

În tulburarea fonologică severă, vorbirea copilului poate fi relativ ininteligibilă chiar pentru membrii familiei. Formele mai puțin severe ale tulburării pot să nu fie recunoscute până ce copilul nu intră în mediul preșcolar sau școlar și nu are dificultăți în a se face înțeles de cei din afara familiei imediate. Evoluția tulburării este variabilă, depinzând de cauzele asociate și de severitate. La copii cu probleme fonologice ușoare spre moderate nedatorate unei condiții medicale generale aproape trei sferturi prezintă o normalizare spontană la etatea de 6 ani.

## Pattern familial

A fost demonstrat un pattern familial pentru unele forme de tulburare fonologică.

## Diagnostic diferențial

Dificultățile în vorbire pot fi asociate cu **retardarea mentală, deteriorarea auzului** sau un **alt deficit senzorial**, cu **un deficit verbomotor** ori cu **deprivarea ambientală severă**. Prezența acestor probleme poate fi stabilită prin testarea inteligenței, testare audiometrică, testare neurologică și prin istoric. Dacă dificultățile de vorbire sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme, poate fi pus diagnosticul concomitent de tulburare fonologică. Problemele limitate la **ritmul vorbirii** sau **vocii** nu sunt incluse ca parte a tulburării fonologice, ci sunt diagnosticate ca **balbism** ori **tulburare de comunicare fără altă specificație**. Copiii cu dificultăți de vorbire datorate deprivării ambientale pot prezenta recuperări rapide, îndată ce problemele ambientale s-au ameliorat.

## Criteriile de diagnostic pentru 315.39 Tulburarea Fonologică

A. Incapacitatea de a utiliza sunetele vorbirii expectate evolutiv, care sunt corespunzătoare pentru etatea și dialectul copilului (de ex., erori în producerea, uzul, reprezentarea sau organizarea sunetelor, cum ar fi, substituirile unui sunet cu altul (utilizează sunetul /t/ în loc de sunetul /k/) ori omisiuni de sunete, cum ar fi consonantele finale), dar nu se limitează la acestea.

B. Dificultățile în producerea sunetelor interferează cu performanța școlară sau profesională ori cu comunicarea socială.

C. Dacă este prezentă retardarea mentală, un deficit verbomotor sau senzorial ori deprivarea ambientală, dificultățile în vorbire sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme.

**Notă de codificare:** Dacă este prezent un deficit verbomotor sau senzorial ori o condiție neurologică, condiția se codifică pe axa III.

# 307.0 Balbismul

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al balbismului îl constituie o perturbare în fluența normală și în timpul de structurare a vorbirii, care este inadecvat pentru etatea individului (criteriul A). Această perturbare este caracterizată prin repetiții frecvente sau prelungiri ale sunetelor sau silabelor (criteriile A1 și A2). Pot fi implicate și alte diverse tipuri de disfluență a vorbirii incluzând interjecții (criteriul A3), cuvinte întrerupte (de ex., pauze în interiorul unui cuvânt) (criteriul A4), blocaj audibil sau mut (pauze complete sau incomplete în vorbire) (criteriul A5), circumlocuțiuni (adică, substituiri de cuvinte cu scopul de a evita cuvintele problematice) (criteriul A6), cuvinte produse cu un exces de tensiune fizică (criteriul A7) și repetarea unor întregi cuvinte monosilabice (de ex., „eu, eu, eu, eu îl văd") (criteriul A8). Perturbarea fluenței interferează cu performanța școlară sau profesională ori cu comunicarea socială (criteriul B). Dacă este prezent un deficit verbomotor sau un deficit senzorial, dificultățile în vorbire sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme (criteriul C). Dacă este prezent un deficit verbomotor sau un deficit senzorial ori o maladie neurologică, condiția va fi codificată pe axa III. Intensitatea perturbării variază de la o situație la alta și adesea este mai severă când există o presiune specială de a comunica (de ex., prezentarea unui referat la școală, intervievarea pentru angajarea într-un serviciu). Balbismul este adesea absent în cursul lecturii orale, al cântatului ori al vorbitului cu obiecte inanimate sau cu animalele favorite.

## Elemente și tulburări asociate

La începutul balbismului, vorbitorul poate să nu fie conștient de problemă, însă conștientizarea și chiar anticiparea anxioasă a problemei pot apare mai târziu. Vorbitorul poate încerca să evite bâlbâiala prin mecanisme lingvistice (de ex., prin modificarea ritmului vorbirii, evitarea anumitor situații speciale de a vorbi, cum ar fi telefonatul sau vorbitul în public ori evitarea anumitor cuvinte sau sunete). Balbismul poate fi acompaniat de mișcări motorii (de ex., clipit, ticuri, tremor al buzelor sau al feței, nutația (clătinarea) capului, mișcări respiratorii, strângerea pumnilor). Stresul sau anxietatea exacerbează balbismul. Deteriorarea funcționării sociale poate rezulta din anxietatea asociată, din frustrare ori din stima de sine scăzută. La adulți, balbismul poate limita alegerea profesiei sau avansarea. Tulburarea fonologică și tulburarea limbajului expresiv survin mai frecvent la indivizii cu balbism decât în populația generală.

## Prevalență

Prevalența balbismului la copiii prepubertari este de 1% și diminuă la 0,8% în adolescență. Raportul bărbați/femei este de aproximativ 3:1.

## Evoluție

Studiile retrospective pe indivizii cu balbism descriu un debut tipic între etățile de 2 și 7 ani (cu un pic al debutului în jurul etății de 5 ani). În 98% din cazuri debutul survine înainte de etatea de 10 ani. Debutul este de regulă

insidios, întinzându-se pe mai multe luni în cursul cărora disfluențele în vorbire, neobservate, episodice, devin o problemă cronică. De regulă, perturbarea începe gradual, cu repetarea consoanelor inițiale, a primelor cuvinte ale unei expresii ori a cuvintelor lungi. În general, copilul nu este conștient de balbism. Pe măsura ce tulburarea progresează însă, evoluția prezintă ameliorări și agravări. Disfluențele devin mai frecvente, iar balbismul survine la pronunția celor mai semnificative cuvinte sau expresii. Pe măsură ce copilul devine conștient de dificultatea în vorbire, pot apare mecanisme de evitare a disfluențelor și răspunsuri emoționale. Cercetările sugerează că un anumit procent se recuperează, estimările mergând de la 20% până la 80%. Unii indivizi cu balbism se recuperează spontan, de regulă înainte de etatea de 16 ani.

## Pattern familial

Studiile familiale și pe gemeni oferă proba certă a unui factor genetic în etiologia balbismului. Prezența unei tulburări fonologice ori a tipului de dezvoltare al tulburării de limbaj expresiv sau a unui istoric familial al acestora, crește probabilitatea balbismului. Riscul de balbism printre rudele biologice de gradul I este de trei ori mai mare decât riscul în populația generală. Pentru bărbații cu istoric de balbism, aproximativ 10% dintre fiicele și 20% dintre fiii lor se vor bâlbâi.

## Diagnostic diferențial

Dificultățile în vorbire pot fi asociate cu **deteriorarea auzului** sau cu un **alt deficit senzorial** ori cu un **deficit verbomotor**. În cazurile în care dificultățile în vorbire sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme, poate fi pus și diagnosticul concomitent de balbism. Balbismul trebuie să fie distins de **disfluențele normale care survin frecvent la copii mici** și care includ repetarea unor cuvinte sau fraze întregi (de ex., eu vreau, eu vreau înghețată"), fraze incomplete, interjecții, pauze vide și remarci parantetice.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.0 Balbism

A. Perturbare în fluența normală și în timpul de structurare a vorbirii (inadecvat pentru etatea individului caracterizată prin apariția frecventă a unuia sau a mai multora dintre următoarele:

(1) repetiții de sunete și silabe;
(2) prelungirea sunetelor;
(3) interjecții;
(4) cuvinte întrerupte (de ex., pauze în cadrul unui cuvânt);
(5) blocaj audibil sau mut (pauze complete sau incomplete în vorbire);
(6) circumlocuțiuni (substituiri de cuvinte pentru a evita cuvintele problematice);
(7) cuvinte produse cu un exces de tensiune fizică;
(8) repetarea unor întregi cuvinte monosilabice (de ex., eu, eu, eu, îl văd).

B. Perturbarea în fluență interferează cu performanța școlară sau profesională ori cu comunicarea.

C. Dacă este prezent un deficit verbomotor sau senzorial, dificultățile în vorbire sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu aceste probleme.

**Notă de codificare:** Dacă este prezent un deficit verbomotor sau senzorial ori o condiție neurologică, condiția se codifică pe axa III.

## 307.9 Tulburare de Comunicare Fără Altă Specificație

Acestă categorie este destinată tulburărilor de comunicare care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre tulburările de comunicare specifice, de exemplu, o tulburare a vocii (respectiv, o anomalie a înălțimii, intensității, calității, tonului sau rezonanței vocii)

## Tulburările de Dezvoltare Pervasivă

Tulburările de dezvoltare pervasivă sunt caracterizate prin deteriorare severă și pervasivă în diverse domenii de dezvoltare: aptitudini de interacțiune socială reciprocă, aptitudini de comunicare sau prezența unui comportament, interese și activități stereotipe. Deteriorările calitative care definesc aceste condiții sunt clar deviante în raport cu nivelul de dezvoltare sau cu etatea mentală a individului. Această secțiune conține tulburarea autistă, tulburarea Rett, tulburarea dezintegrativă a copilăriei, tulburarea Asperger și tulburarea de dezvoltare pervasivă fără altă specificație. Aceste tulburări sunt de regulă evidente din primii ani de viață și adesea sunt asociate cu un anumit grad de retardare mentală care, dacă este prezentă, trebuie să fie codificată pe axa II. Tulburările de dezvoltare pervasivă sunt observate uneori împreună cu un grup de alte condiții medicale generale (de ex., anomalii cromozomiale, infecții congenitale, anomalii structurale ale sistemului nervos central). Dacă astfel de condiții sunt prezente, ele trebuie să fie notate pe axa III. Deși termeni ca „psihoză" și „schizofrenie a copilăriei" au fost

utilizați cândva pentru a denumi aceste condiții, există suficiente date care sugerează că tulburările de dezvoltare pervasivă sunt distincte de schizofrenie (însă, un individ cu tulburare de dezvoltare pervasivă poate dezvolta ocazional schizofrenie mai târziu).

## 299.00 Tulburarea Autistă

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale tulburării autiste le constituie prezența unei dezvoltări clar anormale sau deteriorate în interacțiunea socială și în comunicare și un repertoriu restrâns considerabil de activități și interese. Manifestările tulburării variază mult în funcție de nivelul de dezvoltare și etatea cronologică a individului. Tulburarea autistă este denumită uneori *autism infantil precoce, autismul copilăriei* sau *autism Kanner.*

Deteriorarea, în interacțiunea socială reciprocă este flagrantă și susținută. Poate exista o deteriorare semnificativă în utilizarea multiplelor comportamente nonverbale (de ex., privitul în față, expresia facială, posturile și gesturile corporale) pentru a regla interacțiunea și comunicarea socială (criteriul A1a). Poate exista o incapacitate în a stabili relații cu egalii, corespunzătoare nivelului de dezvoltare (criteriul A1b) care poate lua diferite forme la diferite etăți. Indivizii mai tineri pot avea foate puțin sau nici un interes în a stabili amiciții. Indivizii mai în etate pot fi interesați în stabilirea de amiciții, dar sunt lipsiți de înțelegerea convențiilor interacțiunii sociale. Poate exista o lipsă a căutării spontane de a împărtăși altora bucuria, interesele ori realizările (de ex., a nu arăta, a nu aduce ori a nu specifica obiectele pe care ei le consideră interesante (criteriul A1c). De asemenea, poate fi prezentă o lipsă de reciprocitate emoțională sau socială (de ex., nu participă în mod activ la jocuri sociale simple, preferă activitățile solitare, implică pe alții în activități numai ca instrumente sau ajutoare „mecanice") (criteriul A1d). Adesea conștiința de alții a individului este deteriorată considerabil. Indivizii cu această tulburare pot uita de ceilalți copii (inclusiv de frați), pot să nu aibă nici o idee despre necesitățile altora ori pot să nu observe detresa altei persoane.

Deteriorarea în comunicare este, de asemenea, notabilă și susținută, și afectează atât aptitudinile verbale, cât și nonverbale. Poate exista o întârziere sau o lipsă totală de dezvoltare a limbajului vorbit (criteriul A2a). La indivizii care vorbesc, poate exista o deteriorare considerabilă în capacitatea de a iniția sau susține o conversație cu alții (criteriul A2b) ori o utilizare repetitivă și stereotipă a limbajului sau un limbaj propriu (criteriul A2c). Poate exista, de asemenea, o lipsă a jocului „de-a..." spontan variat sau a jocului imitativ social, corespunzător nivelului de dezvoltare (criteriul A2d). Când limbajul se dezvoltă, înălțimea vocii, intonația, debitul și ritmul vorbirii sau accentul pot fi anormale (de ex., tonul vocii poate fi monoton sau poate conține ascensiuni interogative la finele frazelor). Structurile gramaticale sunt adesea imature și includ uzul repetitiv și stereotip al limbajului (de ex., repetarea de cuvinte sau propoziții indiferent de sens; repetarea de versuri aliterate ori de reclame comerciale) ori un limbaj propriu (adică, un limbaj care poate fi înțeles clar numai de cei familiarizați cu stilul de comunicare al individului). Înțelegerea limbajului este adesea mult întârziată, individul fiind incapabil să înțeleagă întrebările sau ordinele. O perturbare în uzul pragmatic (uzul

social) al limbajului este adesea evidențiată prin incapacitate de a integra cuvintele cu gesturile sau de a înțelege umorul sau aspectele nonliterale ale limbajului, cum ar fi ironiile sau sensul implicit. Jocul imaginativ este adesea absent sau considerabil deteriorat. Acești indivizi tind, de asemenea, să nu se angajeze în jocurile de imitație simple ori în rutinele perioadei de sugar sau ale micii copilării sau o fac numai în afara contextului ori în mod mecanic.

Indivizii cu tulburare autistă au patternuri de comportament, interese și activități restrânse, repetitive și stereotipe. Poate exista o preocupare circumscrisă la unul sau mai multe patternuri restrânse și stereotipe de interes care este anormal, fie ca intensitate, sau centrare (criteriul A3a); o aderență inflexibilă de anumite rutine sau ritualuri nonfuncționale (criteriul A3b); manierisme motorii repetitive și stereotipe (criteriul A3c); ori o preocupare persistentă pentru anumite părți ale obiectelor (criteriul A3d). Indivizii cu tulburare autistă prezintă o gamă restrânsă considerabil de interese și sunt adesea preocupați de chestiuni mărunte (de ex., date, numere de telefon, apeluri literale ale stației de radio). Ei pot alinia un număr oarecare de piese de joc exact în același mod de repetate ori sau mimează în mod repetat acțiunile unui actor văzut la televizor. De asemenea, ei pot insista asupra uniformității și manifestă rezistență sau detresă la modificări minore (de ex., un copil mic poate avea o reacție catastrofală la o schimbare minoră în ambianță, cum ar fi rearanjarea mobilei sau folosirea unui serviciu nou la masă ). Există adesea o preocupare pentru rutine sau ritualuri nonfuncționale ori insistență irațională de a urma rutinele (de ex., de a parcurge exact aceeași rută în fiecare zi, când merge la școală). Mișcările stereotipe ale corpului interesează mâinile (bătutul din palme, fâlfâitul degetelor) sau întregul corp (legănatul, înclinatul și balansatul). Pot fi prezente anomalii de postură (de ex., mersul pe poante, mișcări ale mâinilor și posturi corporale bizare). Acești indivizi manifestă o preocupare persistentă pentru părți ale obiectelor (de ex., butoni, părți ale corpului). De asemenea, poate exista o fascinație pentru mișcare (de ex., învârtirea roților jucăriilor, deschiderea și închiderea ușilor, un ventilator sau alt obiect care se învârtește rapid). Persoana poate fi foarte atașată de unele obiecte inanimate (de ex., o bucată de sfoară sau o bandă de cauciuc).

Perturbarea trebuie să se manifeste prin întârzieri sau funcționare anormală în cel puțin unul din următoarele domenii, înainte de etatea de 3 ani: interacțiune socială, limbaj, așa cum este utilizat în comunicarea socială, ori joc simbolic sau imaginativ (criteriul B). În cele mai multe cazuri, nu există o perioadă de dezvoltare normală indubitabilă, deși în aproximativ 20% din cazuri părinții relatează o dezvoltare relativ normală înainte de 1 sau 2 ani. În astfel de cazuri, părinții pot relata că copilul a achiziționat puține cuvinte și le-a sau că pare a stagna evolutiv.

Prin definiție, dacă exista o perioadă de dezvoltare normală, ea nu se poate extinde dincolo de etatea de 3 ani. Perturbarea nu trebuie să fie explicată mai bine de tulburarea Rett sau de tulburarea dezintegrativă a copilăriei (criteriul C).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** În cele mai multe cazuri, există un diagnostic asociat de retardare mentală care poate merge de la ușoară la profundă. Pot exista anomalii în dezvoltarea aptitudinilor cognitive. Profilul aptitudinilor cognitive este de regulă inegal, indiferent de nivelul general al inteligenței, cu aptitudini verbale de regulă mai reduse decât aptitudinile

nonverbale. Uneori sunt prezente aptitudini speciale (de ex., o fată în etate de 4 ani și jumătate, cu tulburare autistă, poate fi capabilă să „decodeze" materiale scrise cu minimă înțelegere a sensului celor citite [hiperlexie] sau un băiat de 10 ani poate avea capacități prodigioase de a calcula date [calculator calendaristic]. Aprecierile după un singur cuvânt (receptiv sau expresiv) din vocabular nu sunt totdeauna aprecieri bune ale nivelului limbajului (adică, aptitudinile linvistice reale pot fi situate la nivele mult mai joase).

Indivizii cu tulburare autistă pot avea o gamă largă de simptome comportamentale incluzând hiperactivitatea, reducerea volumului atenției, impulsivitatea, agresivitatea, comportamentele autovulnerante și, în special la copiii mici, accesele de furie. Pot exista răspunsuri bizare la stimulii senzoriali (de ex., un prag ridicat la durere, hiperestezie la sunete sau la atingere, reacții exagerate la lumină sau la mirosuri, fascinație pentru anumiți stimuli). De asemenea, pot exista anomalii de comportament alimentar (de ex., limitarea dietei la câteva alimente, pica) sau în modul de a dormi (de ex., deșteptări repetate din somn în cursul nopții, cu legănare). Pot fi prezente anomalii de dispoziție sau afect (de ex., râs stupid sau plâns fără un motiv evident, absența evidentă a reacției emoționale). Poate exista o lipsă a fricii ca răspuns la pericole reale și o teamă excesivă de obiecte nevătămătoare. Poate fi prezentă o varietate de comportamente automutilante (de ex., lovitul cu capul ori mușcatul degetelor, mâinii sau încheieturii mâinii). În adolescență sau la începutul vieții adulte, indivizii cu tulburare autistă, care au capacitatea intelectuală pentru a conștientiza maladia, pot deveni depresivi ca răspuns la realizarea deteriorării lor severe.

**Date de laborator asociate.** Când tulburarea autistă este asociată cu o condiție medicală generală, vor fi observate date de laborator conforme cu condiția medicală generală. Există o serie de diferențe la unele măsurări ale activității serotoninergice, dar acestea nu au valoare diagnostică pentru tulburarea autistă. Studiile de imagistică pot fi anormale în unele cazuri, dar nu a fost identificat clar nici un pattern specific. Anomaliile EEG sunt frecvente, chiar în absența crizelor epileptice.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** În tulburarea autistă pot fi notate diverse simptome și semne neurologice nespecifice (de ex., reflexe primitive, dezvoltare tardivă a dominanței manuale). Tulburarea este observată uneori în asociere cu o condiție neurologică sau cu altă condiție medicală generală (de ex., sindrom X-fragil și scleroză tuberoasă).

Uneori pot apare crize epileptice (în special, în adolescență) în nu mai puțin de 25% din cazuri. Când sunt prezente alte condiții medicale generale, acestea trebuie să fie notate pe axa III.

## Elemente specifice etății și sexului

Natura deteriorării în interacțiunea socială se poate schimba cu timpul în tulburarea autistă și poate varia în funcție de nivelul de dezvoltare al individului. La sugari poate exista incapacitatea de a merge de-a bușilea, indiferență sau aversiune la afecțiune sau contact fizic, lipsa contactului vizual, a reacției faciale ori a zâmbetelor orientate social și incapacitatea de a răspunde la vocea părinților. Ca urmare a acestui fapt, părinții pot considera, inițial, că copilul este surd. Copii mici

cu această tulburare pot trata adulții ca intersanjabili sau se pot agăța mecanic de o anumită persoană sau pot utiliza mâna unui părinte pentru a obține obiectul dorit fără a realiza contactul vizual (ca și cum mâna și nu persoana ar fi ceea ce este relevant). În cursul dezvoltării, copilul poate deveni mai dornic de a fi angajat pasiv într-o interacțiune socială și poate deveni chiar mai interesat de interacțiunea socială. Chiar în aceste cazuri însă, copilul tinde să trateze pe ceilalți într-o manieră insolită (de ex., se așteaptă ca ceilalți să răspundă unor întrebări ritualizate în anumite moduri, are foarte puțin sentimentul limitelor altui om și este inoportun de intrusiv în interacțiunea socială). La indivizii mai în etate, sarcinile implicând memoria de lungă durată (de ex., mersul trenurilor, datele istorice, formulele chimice sau evocarea exactă a cuvintelor cântecelor auzite cu ani înainte poate fi excelentă, dar informația tinde să fie repetată de nenumărate ori, indiferent de adecvarea ei la contextul social. Ratele tulburării sunt de patru, cinci ori mai mari la bărbați decât la femei. Este foarte posibil însă, ca femeile cu această tulburare să prezinte o retardare mentală mai severă.

## Prevalență

Rata medie a tulbură rii autiste în studiile epidemiologice este de 5 cazuri la 10.000 de indivizi, cu rate raportate mergând de la 2 la 20 cazuri la 10.000 de indivizi. Rămâne neclar faptul dacă ratele mai importante raportate reflectă diferențe în metodologie sau o creștere a frecvenței condiției.

## Evoluție

Prin definiție, debutul tulburării autiste survine înainte de etatea de 3 ani. În unele cazuri, părinții afirmă că au fost alarmați de copil încă de la naștere sau scurt timp după aceea, din cauza lipsei de interes a copilului pentru interacțiunea socială. Manifestările tulburării în perioada de sugar sunt mai subtile și mai dificil de definit decât cele sesizate după etatea de 2 ani. Într-un număr redus de cazuri, copilul este descris a se fi dezvoltat normal în primul an de viață (sau chiar în primii 2 ani). Tulburarea autistă are o evoluție continuă. La copiii de etate școlară și la adolescenți, sunt frecvente câștiguri în dezvoltare în unele domenii (de ex., creșterea interesului pentru activitatea socială, pe măsură ce copilul ajunge la etatea școlară ). Unii indivizi se deteriorează comportamental în cursul adolescenței, pe cînd alții se ameliorează. Aptitudinile lingvistice (de ex., prezența limbajului comunicativ) și nivelul intelectual general sunt cei mai importanți factori în raport cu prognosticul final. Studiile catamnestice disponibile sugerează că numai un mic procentaj de indivizi cu tulburarea ajung să trăiască și să muncească independent ca adulți. În aproape o treime din cazuri este posibil un anumit grad de independență parțială. Adulții cu tulburare autistă cu cel mai înalt nivel de funcționare continuă de regulă să prezinte probleme în interacțiunea socială și în comunicare, împreună cu o restrângere marcată a preocupărilor și activităților.

## Pattern familial

Există un risc crescut de tulburare autistă printre frații indivizilor cu tulburarea, cu aproximativ 5% dintre frați prezentând, de asemenea, condiția. De asemenea, pare a exista un risc pentru diverse dificultăți în dezvoltare la frații afectați.

## Diagnostic diferențial

Perioade de regresiune în dezvoltare pot fi observate și în dezvoltarea normală, dar acestea nu sunt nici atât de severe și nici atât de prelungite ca în tulburarea autistă. Tulburarea autistă trebuie să fie diferențiată de **alte tulburări de dezvoltare pervasive. Tulburarea Rett** diferă de tulburarea autistă prin rata sexului și patternul de deficite caracteristice. Tulburarea Rett a fost diagnosticată numai la femei, pe când tulburarea autistă survine mult mai frecvent la bărbați. În tulburarea Rett, există un pattern caracteristic de încetinire a creșterii capului, de pierdere a aptitudinilor manuale orientate spre un scop căpătate anterior și apariția unui mers sau mișcări ale trunchiului insuficient coordonate. În special în timpul anilor preșcolari, indivizii cu tulburare Rett pot prezenta dificultăți în interacțiunea socială similare celor observate în tulburarea autistă, dar acestea tind a fi tranzitorii. Tulburarea autistă diferă de **tulburarea dezintegrativă a copilăriei**, care are un pattern distinct de regresiune a dezvoltării, aceasta survenind după cel puțin 2 ani de dezvoltare normală. În tulburarea autistă, anomaliile de dezvoltare sunt sesizate de regulă încă din primul an de viață. Când nu sunt disponibile informații despre dezvoltarea precoce ori când nu este posibilă documentarea referitoare la perioada de dezvoltare normală necesară, trebuie pus diagnosticul de tulburare autistă. **Tulburarea Asperger** poate fi distinsă de tulburarea autistă prin lipsa întârzierii în dezvoltarea limbajului. Tulburarea Asperger nu este diagnosticată dacă sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea autistă.

**Schizofrenia** cu debut în copilărie survine de regulă după ani de dezvoltare normală sau aproape normală. Un diagnostic adițional de schizofrenie poate fi pus, dacă un individ cu tulburare autistă dezvoltă elementele caracteristice de schizofrenie (vezi pag. 298) cu simptome ale fazei active, cum ar fi ideile delirante sau halucinațiile proeminente, care durează cel puțin o lună. În **mutismul selectiv**, copilul prezintă de regulă aptitudini de comunicare corespunzătoare în anumite contexte și nu are deteriorarea severă în interacțiunea socială și patternurile restrictive de comportament asociate cu tulburarea autistă. În **tulburarea de limbaj expresiv** și **în tulburarea mixtă de limbaj receptiv și expresiv** există o deteriorare a limbajului, dar ea nu este asociată cu prezența unei deteriorări calitative în interacțiunea socială și cu patternuri restrânse, repetitive și stereotipe de comportament. Uneori, este dificil de precizat dacă un diagnostic adițional de tulburare autistă este justificat la un individ cu **retardare mentală**, în special dacă retardarea mentală este severă sau profundă. Un diagnostic adițional de tulburare autistă este rezervat pentru acele situații în care există deficite calitative în aptitudinile de comunicare și sociale, iar comportamentele specifice, caracteristice tulburării autiste, sunt prezente. Stereotipiile motorii sunt caracteristice tulburării autiste; un diagnostic adițional de **tulburare de mișcare stereotipă** nu este pus când acestea sunt explicate mai bine ca parte a tabloului clinic al tulburării autiste. Simptomele de hiperactivitate și de inatenție sunt frecvente în tulburarea autistă , însă diagnosticul de **tulburare hiperactivitate/deficit de atenție** nu este pus dacă este prezentă tulburarea autistă .

## Criteriile de diagnostic pentru 299.0 Tulburarea Autistă

A. Un total de șase (sau mai mulți) itemi de la (1), (2) și (3), cu cel puțin doi itemi de la (1) și câte unul de la (2) și (3):

(1) deteriorare calitativă în interacțiunea socială, manifestată prin cel puțin două din următoarele:

(a) deteriorare marcată în uzul a multiple comportamente nonverbale, cum ar fi privitul în față, expresia facială, posturile corpului și gesturile, pentru reglarea interacțiunii sociale;
(b) incapacitatea de a promova relații cu egalii, corespunzătoare nivelului de dezvoltare;
(c) lipsa căutării spontane de a împărtăși bucuria, interesele sau realizările cu alți oameni (de ex., prin lipsa de a arăta, de a aduce ori de a specifica obiectele de interes);
(d) lipsa de reciprocitate emoțională sau socială;

(2) deteriorări calitative în comunicare, manifestate prin cel puțin unul din următoarele:

(a) întârziere sau lipsă totală a dezvoltării limbajului vorbit (neînsoțită de o încercare de a o compensa prin moduri alternative de comunicare, cum ar fi gestica sau mimica);
(b) la indivizii cu limbaj adecvat, deteriorarea semnificativă în capacitatea de a iniția sau susține o conversație cu alții;
(c) uz repetitiv și stereotip de limbaj ori un limbaj vag;
(d) lipsa unui joc spontan și variat „de-a..." ori a unui joc imitativ social corespunzător nivelului de dezvoltare;

(3) patternuri stereotipe și repetitive restrânse de comportament, preocupări și activități, manifestate printr-unul din următoarele:

(a) preocupare circumscrisă la unul sau mai multe patternuri restrânse și stereotipe de interese, care este anormală, fie ca intensitate, fie ca focalizare;
(b) aderență inflexibilă evidentă de anumite rutine sau ritualuri nonfuncționale;
(c) manierisme motorii stereotipe și repetitive (de ex., fluturatul sau răsucitul degetelor sau mâinilor ori mișcări complexe ale intregului corp);
(d) preocupare persistentă pentru părți ale obiectelor.

B. Întârzieri sau funcționare anormală în cel puțin unul din următoarele domenii, cu debut înainte de etatea de 3 ani: (1) interacțiune socială, (2) limbaj, așa cum este utilizat în comunicarea socială, ori (3) joc imaginativ sau simbolic.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de tulburarea Rett sau de tulburarea dezintegrativă a copilăriei.

# 299.80 Tulburarea Rett

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării Rett îl constituie dezvoltarea unor deficite specifice multiple, urmând unei perioade de funcționare normală după naștere. Indivizii au, evident, o perioadă prenatală și perinatală normală (criteriul A1), cu dezvoltare psihomotorie normală în primele cinci luni de viață (criteriul A2). Circumferința capului la naștere este, de asemenea, în limite normale (criteriul A3 ). Între etatea de 5 și 48 de luni, creșterea capului se încetinește (criteriul B1). Există o pierdere a aptitudinilor manuale practice căpătate anterior între etatea de 5 și 30 de luni, cu apariția consecutivă a mișcărilor stereotipe caracteristice ale mâinii, asemănătoare storsului rufelor cu mâna ori spălatului pe mâini (criteriul B2). Interesul pentru ambianța socială diminuă în primii câțiva ani după debutul tulburării (criteriul B3), deși interacțiunea socială se poate dezvolta adesea mai târziu în cursul evoluției. Apar probleme în coordonarea mersului ori a mișcărilor trunchiului (criteriul B4). Există, de asemenea, o deteriorare severă în dezvoltarea limbajului expresiv și receptiv, cu retardare psihomotorie severă (criteriul B5).

## Elemente și tulburări asociate

Tulburarea Rett este asociată de regulă cu retardare mentală severă sau profundă care, dacă este prezentă, trebuie să fie codificată pe axa II. Nu există nici un fel de date de laborator specifice asociate cu tulburarea. Poate exista o frecvență crescută a anomaliilor EEG și a epilepsiei la indivizii cu tulburare Rett. Au fost descrise anomalii nespecifice la imagistica cerebrală. Date preliminare sugerează că o mutație genetică este cauza unor cazuri de tulburare Rett.

## Prevalență

Datele sunt limitate în general la câteva serii de cazuri, și se pare că tulburarea Rett este mult mai puțin frecventă decât tulburarea autistă. Această tulburare a fost descrisă numai la femei.

## Evoluție

Patternul de regresiune în dezvoltare este cât se poate de distinct. Tulburarea Rett debutează înainte de etatea de 4 ani, de regulă în primul sau în al doilea an de viață. Tulburarea durează toată viața, iar pierderea aptitudinilor este în general persistentă și progresivă. În cele mai multe cazuri, recuperarea este extrem de redusă, deși pot fi obținute unele câștiguri evolutive foarte modeste, și poate fi observată o preocupare pentru interacțiunea socială, deoarece indivizii intră mai târziu în copilărie sau în adolescență. Dificultățile de comunicare și comportament rămân de regulă relativ constante de-a lungul vieții.

## Diagnostic diferențial

Perioade de regresiune în dezvoltare pot fi observate și în dezvoltarea normală, dar acestea nu sunt nici atât de severe și nici atât de prelungite ca în tulburarea Rett. Pentru diagnosticul diferențial între tulburarea Rett și **tulburarea autistă**, vezi pag. 74.

Tulburarea Rett diferă de **tulburarea dezintegrativă a copilăriei** și de **tulburarea Asperger** prin rata sexului, debut și patternul deficitelor care-i sunt caracteristice. Tulburarea Rett a fost diagnosticată numai la femei, pe când în tulburarea dezintegrativă a copilăriei și tulburarea Asperger par a fi mai frecvente la bărbați. Debutul simptomelor în tulburarea Rett poate surveni încă de la etatea de 5 luni, pe când în tulburarea dezintegrativă a copilăriei perioada de dezvoltare normală este de regulă mai prelungită (adică, cel puțin până la etatea de 2 ani). În tulburarea Rett există un pattern caracteristic de încetinire a creșterii capului, de pierdere a aptitudinilor manuale căpătate anterior și de apariție a unui mers și mișcări ale trunchiului insuficient de coordonate. În contrast cu tulburarea Asperger, tulburarea Rett se caracterizează printr-o deteriorare severă a dezvoltării limbajului receptiv și expresiv.

### Criteriile de diagnostic pentru 299.80 Tulburarea Rett

A. Oricare din următorii itemi:

(1) dezvoltare prenatală și perinatală după cât se pare normală;

(2) dezvoltare psihomotorie după cât se pare normală în primele 5 luni după naștere;

(3) circumferința capului normală la naștere.

B. Debutul oricăruia din următorii itemi după o perioadă de dezvoltare normală:

(1) încetinirea creșterii capului între etatea de 5 și 48 de luni;

(2) pierderea aptitudinilor manuale practice căpătate anterior între etatea de 5 și 30 de luni, cu apariția consecutivă de mișcări stereotipe ale mâinilor (de ex., storsul cu mâinile, spălatul pe mâini);

(3) pierderea angajării sociale, precoce în cursul evoluției (deși adesea interacțiunea socială se dezvoltă mai târziu);

(4) apariția unui mers sau a unor mișcări ale trunchiului insuficient de coordonate;

(5) dezvoltarea limbajului receptiv și expresiv deteriorată sever, cu retardare psihomotorie severă.

## 299.10 Tulburarea Dezintegrativă a Copilăriei

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării dezintegrative a copilăriei îl constituie o regresiune marcată în multiple domenii de funcționare, care urmează unei perioade de cel puțin 2 ani de dezvoltare evident normală (criteriul A). Dezvoltarea evident normală este reflectată de comunicarea verbală și nonverbală, de relațiile sociale, jocul și comportamentul adaptativ corespunzătoare etății. După primii 2 ani de viață (dar înainte de etatea de 10 ani), copilul prezintă o pierdere importantă a aptitudinilor căpătate în cel puțin două din următoarele domenii: limbaj receptiv sau expresiv, aptitudini sociale sau comportament adaptativ, pierderea controlului

sfincterului anal sau al vezicii urinare, joc sau aptitudini motorii (criteriul B). Foarte tipic este faptul că aptitudinile că pă tate sunt pierdute în aproapre toate domeniile.

Indivizii cu această tulburare manifestă deficite de comunicare și sociale, și elemente comportamentale observate în general în tulburarea autistă (vezi pag. 70). Există o deteriorare calitativă în interacțiunea socială (criteriul C1) și în comunicare (criteriul C2) și patternuri stereotipe, repetitive și restrânse de comportament, interese și activități (criteriul C3). Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare de dezvoltare pervasivă sau de schizofrenie (criteriul D). Această condiție a fost denumită, de asemenea, *sindrom Heller, demența infantilis sau psihoză dezintegrativă.*

## Elemente și tulburări asociate

Tulburarea dezintegrativă a copilăriei este asociată de regulă cu retardarea mentală severă care, dacă este prezentă, trebuie să fie codificată pe axa II. Pot fi notate diverse semne și simptome neurologice nespecifice. Se pare că există o frecvență crescută a anomaliilor EEG și a epilepsiei. Deși se pare că această condiție este rezultatul unei noxe care afectează dezvoltarea sistemului nervos central, nici un mecanism precis nu a fost identificat. Condiția este observată, ocazional, în asociere cu o condiție medicală generală (de ex., leucodistrofia metacromatică, maladia Schilder) care poate justifica regresiunea în dezvoltare. În cele mai multe cazuri însă, investigații extinse nu evidențiază nici o astfel de condiție. Dacă o condiție neurologică sau o altă condiție medicală generală este asociată cu tulburarea, aceasta trebuie înregistrată pe axa III. Datele de laborator vor reflecta orice condiții medicale generale asociate.

## Prevalență

Datele epidemiologice sunt reduse, dar tulburarea dezintegrativă a copilăriei pare a fi foarte rară și mult mai puțin frecventă decât tulburarea autistă, chiar dacă condiția este probabil subdiagnosticată. Deși studiile inițiale sugerau o rată a sexului egală, date mai recente indică faptul că tulburarea este mai frecventă la bărbați.

## Evoluție

Prin definiție, tulburarea dezintegrativă a copilăriei poate fi diagnosticată numai dacă simptomele sunt precedate de cel puțin 2 ani de dezvoltare normală, iar debutul este anterior etății de 10 ani. Când perioada de dezvoltare normală a fost foarte prelungită (5 sau mai mulți ani), este extrem de important să se procedeze la un examen somatic sau neurologic pentru a stabili prezența unei condiții medicale generale. În cele mai multe cazuri, debutul survine între etățile de 3 și 4 ani, și poate fi insidios sau brusc. Semnele premonitorii pot include nivele de activitate crescute, iritabilitatea și anxietatea, urmate de o pierdere a aptitudinilor lingvistice sau a altor aptitudini. De regulă, pierderea aptitudinilor atinge un platou, după care pot surveni unele ameliorări limitate, însă ameliorarea este rar notabilă. În alte cazuri, în special când tulburarea este asociată cu o condiție neurologică progresivă, pierderea aptitudinilor este graduală. Această tulburare are o evoluție continuă și în majoritatea cazurilor durează toată viața. Dificultățile comportamentale, comunicaționale și sociale rămân relativ constante de-a lungul vieții.

## Diagnostic diferențial

Perioade de regresiune pot fi observate și în dezvoltarea normală, dar acestea nu sunt nici atât de severe și nici atât de prelungite ca în tulburarea dezintegrativă a copilăriei. Tulburarea dezintegrativă a copilăriei trebuie să fie diferențiată de **alte tulburări de dezvoltare pervasive**. Pentru diagnosticul diferențial cu tulburarea autistă, vezi pag. 76. Pentru diagnosticul diferențial cu **tulburarea Rett**, vezi pag. 76. În contrast cu **tulburarea Asperger**, tulburarea dezintegrativă a copilăriei este caracterizată printr-o pierdere semnificativă clinic în aptitudinile căpătate anterior și printr-o mare probabilitate de retardare mentală. În tulburarea Asperger nu există întârziere în dezvoltarea limbajului și nici o pierdere semnificativă a aptitudinilor de dezvoltare.

Tulburarea dezintegrativă a copilăriei trebuie să fie diferențiată de demența cu debut în perioada de sugar sau în copilărie. Demența survine ca o consecință a efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., traumatism cranian), pe când tulburarea dezintegrativă a copilăriei survine de regulă în absența unei condiții medicale generale asociate.

## Criteriile de diagnostic pentru 299.10 Tulburarea Dezintegrativă a Copilăriei

A. Dezvoltare evident normală pentru cel puțin primii 2 ani după naștere manifestată prin prezența comunicării verbale și nonverbale, relații sociale, joc și comportament adaptativ corespunzătoare etății.

B. Pierdere semnificativă clinic a aptitudinilor achiziționate anterior (înainte de etatea de 10 ani) în cel puțin două din următoarele domenii:

(1) limbaj receptiv și expresiv;
(2) aptitudini sociale sau comportament adaptativ;
(3) controlul sfincterului anal și vezical;
(4) joc;
(5) aptitudini motorii.

C. Anomalii în funcționare în cel puțin două din următoarele domenii:

(1) deteriorare calitativă în interacțiunea socială (de ex., deteriorare în comportamentele nonverbale, incapacitatea de a promova relații cu egalii, lipsa reciprocității emoționale sau sociale);
(2) deteriorare calitativă în comunicare (de ex.,întârziere sau lipsa limbajului vorbit, incapacitatea de a iniția sau susține o conversație, uz repetitiv și stereotip de limbaj, lipsa jocului „de-a..." variat);
(3) patternuri stereotipe, repetitive și restrânse de comportament, interese și activități, incluzând stereotipii și manierisme motorii.

D. Perturbarea nu este explicată mai bine de o altă tulburare de dezvoltare pervasivă specifică ori de schizofrenie.

# 299.80 Tulburarea Asperger

## Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale tulburării Asperger le constituie deteriorarea susținută și severă în interacțiunea socială (criteriul A) și dezvoltarea unor patternuri repetitive, restrânse, de comportament, interese și activități (criteriul B). Perturbarea trebuie să cauzeze o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). În raport cu tulburarea autistă, nu există întârzieri semnificative clinic în limbaj (de ex., cuvinte nonecoate singure sunt utilizate în comunicare la etatea de doi ani, expresii comunicative la etatea de 3 ani) (criteriul D), deși pot fi afectate aspecte mai subtile ale comunică rii sociale (*de ex., schimbul tipic în conversație*). În afară de aceasta, în cursul primilor trei ani de viață nu există întârzieri semnificative clinic în dezvoltarea cognitivă ca manifestate prin exprimarea curiozită ții normale în legătură cu ambianța sau în achiziționarea aptitudinilor de învățare și a comportamentului adaptativ corespunzătoare etății (altele decât în interacțiunea socială ) (criteriul E). În fine, nu sunt satisfăcute criteriile pentru altă tulburare de dezvoltare pervasivă sau pentru schizofrenie (criteriul F). Această condiție este denumită, de asemenea, sindrom Asperger.

Deteriorarea în interacțiunea socială reciprocă este globală și susținută. Poate exista deteriorare marcată în uzul a multiple comportamente nonverbale de reglare a comunicării și interacțiunii sociale (de ex., privitul în față, expresia facială, gesturile și posturile corporale) (criteriul A1). De asemenea, poate exista incapacitatea de a stabili relații cu egalii corespunză toare nivelului de dezvoltare (criteriul A2) care pot lua diferite forme la etăți diferite. Indivizii mai mici pot avea puțin sau nici un interes în a stabili amicității. Indivizii mai mari pot fi interesați de amicității, dar sunt lipsiți de înțelegerea convențiilor interacțiunii sociale. Poate exista o lipsă a căutării spontane de a împărtăși cu alții satisfacția, interesele sau realizările (de ex., nu arată , nu aduc sau nu specifică obiectele care-i interesează (criteriul A3). Poate fi prezentă lipsa de reciprocitate emoțională sau socială (de ex., nu participă activ la jocurile sociale simple, preferă activitățile solitare sau implică pe alții în activități numai ca instrumente sau ajutoare „mecanice"(criteriul A4). Chiar dacă deficitul social în tulburarea Asperger este sever și este definit în același mod ca în tulburarea autistă, lipsa de reciprocitate socială se manifestă mai tipic printr-o abordare socială excentrică și unilaterală a altora mai curând decât prin indiferență emoțională sau socială (de ex., urmărește un subiect de conversație indiferent de reacțiile celorlalți).

Ca și în tulburarea autistă, sunt prezente patternuri repetitive, restrânse, de comportament, interese și activități (criteriul B). Adesea acestea se manifestă în primul rând în dezvoltarea de preocupări circumscrise la un anumit interes sau subiect despre care individul poate aduna un mare volum de fapte și informații (criteriul B1). Aceste interese și activități sunt urmărite cu mare intensitate, mergând adesea până la excluderea altor activități.

Perturbarea poate cauza o deteriorare semnificativă clinic în adaptarea socială, care în schimb poate avea un impact important asupra autonomiei sau funcționării ocupaționale ori a altor domenii importante de funcționare (criteriul C). Deficitele sociale și patternurile restrînse de interese, activități și comportamente sunt sursa unei incapacități considerabile.

Contrar tulburării autiste, nu există întârzieri semnificative clinic în limbajul precoce (de ex., cuvinte izolate sunt folosite în jurul etății de 2 ani, iar fraze comunicative, în jurul etății de 3 ani) (criteriul D). Limbajul ulterior poate fi insolit în termenii preocupării individului pentru anumite subiecte și a locvacității sale. Dificultățile în comunicare pot duce la disfuncție socială și la incapacitatea de a realiza și utiliza regulile convenționale ale conversației, la incapacitatea de a realiza semnele nonverbale și la capacități reduse de autoconducere (automonitorizare).

Indivizii cu tulburare Asperger nu prezintă întârzieri semnificative clinic în dezvoltarea cognitivă sau în aptitudinile de autoajutorare corespunzătoare etății, în comportamentul adaptativ (altul decât în interacțiunea socială) și curiozitatea în legătură cu ambianța în copilărie (criteriul E). Deoarece limbajul precoce și aptitudinile cognitive sunt în limite normale în primii 3 ani de viață, părinții sau infirmierii nu sunt concentrați de regulă asupra dezvoltării copilului în această perioadă, deși la o chestionare mai detaliată aceștia pot recunoaște comportamentele insolite. Copilul poate fi descris ca vorbind înainte de a merge, părinții crezând că copililul este precoce (adică, are un vocabular bogat sau „adult"). Cu toate că pot exista probleme sociale subtile, părinții sau infirmierii nu sunt preocupați de acestea până ce copilul nu începe să meargă la grădiniță sau este confruntat cu un copil de aceeași etate; în acest moment dificultățile sociale ale copilului cu egalii (copii) de aceeași etate pot deveni evidente.

Prin definiție, diagnosticul nu este pus dacă sunt satisfăcute criteriile pentru oricare altă tulburare de dezvoltare pervasivă specifică sau pentru schizofrenie (deși diagnosticele de tulburare Asperger și de schizofrenie pot coexista, dacă debutul tulburării Asperger precede clar debutul schizofreniei (criteriul F).

## Elemente și tulburări asociate

Contrar tulburării autiste, retardarea mentală nu este observată de regulă în tulburarea Asperger, deși, ocazional, au fost observate cazuri în care este prezentă o retardare mentală ușoară (de ex., când retardarea mentală devine evidentă numai în anii de școală, cu nici o întârziere în limbaj sau în cunoaștere în primii ani de viață ). Poate fi observată variabilitatea funcționării cognitive, adesea cu intensificări în domeniile aptitudinii verbale (de ex., în vocabular, memoria auditivă de rutină) și diminuări în ariile nonverbale (respectiv, aptitudinile vizuomotorii și vizuospațiale). Pot fi prezente inabilitatea motorie și maladresa, dar de regulă sunt relativ ușoare, deși dificultățile motorii pot contribui la respingerea de către egali și la izolarea socială (de ex., incapacitatea de a participa la sporturile de grup). Simptomele de hiperactivitate și de inatenție sunt frecvente în tulburarea Asperger și mai mult decât atât, mulți indivizi cu această condiție primesc un diagnostic de tulburare hiperactivitate/deficit de atenție anterior stabilirii diagnosticului de tulburare Asperger. Tulburarea Asperger a fost raportată a fi asociată cu un număr de alte tulburări mentale, inclusiv tulburările depresive.

## Elemente specifice etății și sexului

Tabloul clinic se poate prezenta diferit la diferite etăți. Adesea, incapacitatea socială a indivizilor cu tulburarea devine mai frapantă în timp. În adolescență unii indivizi cu tulburarea pot învăța să folosească domeniile de forță (de ex., capacitățile verbale de rutină) pentru a compensa domeniile de debilitate. Indivizii cu tulburarea Asperger pot fi persecutați de alții; aceasta și sentimentele de izolare

socială și capacitatea crescută de conștientizare pot contribui la apariția depresiei și anxietății în adolescență și în perioada de adult tânăr. Tulburarea este diagnosticată mult mai frecvent (de cel puțin cinci ori) la bărbați decât la femei.

## Prevalență

Lipsesc date concludente despre prevalența tulburării Asperger.

## Evoluție

Tulburarea Asperger este o tulburare continuă și durează toată viața. La copii de etate școlară capacitățile verbale bune pot, într-o anumită măsură, masca severitatea disfuncției sociale și pot, de asemenea, înșela înfirmierii și profesorii – adică, infirmierii și profesorii se pot concentra asupra aptitudinilor verbale bune ale copilului și pot fi insuficient de conștienți de problemele din alte domenii (în special de adaptarea socială ). Aptitudinile verbale relativ bune ale copilului pot face pe profesori și infirmieri să atribuie în mod eronat dificultățile comportamentale obstinației sau îndărătniciei copilului. Interesul pentru stabilirea de relații sociale poate crește în adolescență pe măsură ce indivizii învață câteva modalități de a răspunde mai adaptativ la dificultățile lor – de exemplu., individul, poate învăța să aplice rutine sau reguli verbale explicite în anumite situații stresante. Indivizii mai mari pot fi interesați în a stabilii amiciții, dar lipsa de înțelegere a convențiilor de interacțiune socială face mai probabile relațiile cu indivizi mai în etate sau mai mici decât ei. Prognosticul pare a fi considerabil mai bun decât cel al tulburării autiste, studiile catamnestice sugerând că mulți indivizi, ca adulți, sunt capabili de angajare în muncă profitabilă și de independență personală .

## Pattern familial

Deși datele disponibile sunt limitate, se pare că există o frecvență crescută a tulburării Asperger printre membrii familiilor indivizilor care au această tulburare. Poate exista, de asemenea, un risc crescut pentru tulburarea autistă ca și pentru dificultă ți sociale mai generale.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea Asperger trebuie distinsă de alte **tulburări de dezvoltare pervasivă**, toate acestea fiind caracterizate prin probleme în interacțiunea socială. Tulburarea Asperger diferă de **tulburarea autistă** în diverse moduri. În tulburarea autistă există, prin definiție, anomalii semnificative în domeniile interacțiunii sociale, limbajului și jocului, pe când în tulburarea Asperger aptitudinile lingvistice și cognitive precoce nu sunt întârziate în mod semnificativ. În afară de aceasta, în tulburarea autistă, interesele și activitățile, restrânse, repetitive și stereotipe sunt adesea caracterizate prin prezența manierismelor motorii, a preocupării pentru părți ale obiectelor, ritualuri și detresă marcată, pe când în tulburarea Asperger, acestea sunt observate în primul rând în urmărirea atotcuprinzătoare a intereselor circumscrise incluzând un subiect căruia individul îi dedică foarte mult timp strângând informații și date. Diferențierea celor două condiții poate fi problematică în unele cazuri. În tulburarea autistă, patternurile de interacțiune socială tipică sunt marcate de autoizolare sau de abordări sociale marcat rigide, pe când în tulburarea Asperger pare a exista o motivație pentru

abordarea celorlalți, chiar dacă aceasta este făcută într-o manieră excentrică, unilaterală, prolixă și insensibilă .

Tulburarea Asperger trebuie să fie, de asemenea, diferențiată de tulburările de dezvoltare pervasivă, altele decât tulburarea autistă. **Tulburarea Rett** diferă de tulburarea Asperger prin rata sexului caracteristică și prin patternul de deficite. Tulburarea Rett a fost diagnosticată numai la femei, pe când tulburarea Asperger survine mult mai frecvent la bărbați. În tulburarea Rett există un pattern caracteristic de încetinire a creșterii capului, de pierdere a aptitudinilor manuale importante căpătate anterior și de apariție a unor mișcări puțin coordonate ale trunchiului sau mersului. Tulburarea Rett este asociată, de asemenea, cu grade marcate de retardare mentală și de deteriorări grosolane în limbaj și comunicare.

Tulburarea Asperger diferă de **tulburarea dezintegrativă a copilăriei** care are un pattern distinctiv de regresiune a dezvoltării urmând după cel puțin 2 ani de dezvoltare normală. Copii cu tulburarea dezintegrativă a copilăriei prezintă, de asemenea, grade marcate de retardare mentală sau de întârzieri în limbaj.

**Schizofrenia** cu debut în copilărie apare de regulă după ani de dezvoltare normală sau aproape normală și sunt prezente elementele caracteristice ale tulburării, incluzând halucinațiile, ideile delirante și limbajul dezorganizat. În **mutismul selectiv**, copilul prezintă de regulă aptitudini de comunicare corespunzătoare în anumite contexte și nu are deteriorarea severă din interacțiunea socială și patternurile restrânse de comportament asociate cu tulburarea Asperger. Din contra, indivizii cu tulburare Asperger sunt de regulă vorbăreți. În **tulburarea de limbaj expresiv** și în **tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv**, există deteriorare în limbaj, dar aceasta nu este asociată cu deteriorare calitativă în interacțiunea socială și cu patternuri stereotipe, repetitive și restrânse de comportament. Unii indivizi cu tulburarea Asperger pot prezenta patternuri de comportament sugerând tulburarea obsesivo-compulsivă, și ca atare trebuie acordată o atenție clinică specială diferențierii preocupărilor și activităților din tulburarea Asperger de obsesiile și compulsiile din tulburarea obsesivo-compulsivă. În tulburarea Asperger aceste interese sunt sursa unei oarecari plăceri sau confort, pe când în tulburarea obsesivo-compulsivă ele sunt sursa anxietății. În afară de aceasta, tulburarea obsesivo-compulsivă nu este asociată de regulă cu nivelele de deteriorare în interacțiunea socială și în comunicare observate în tulburarea Asperger.

Relația dintre tulburarea Asperger și **tulburarea de personalitate schizoidă** este neclară . În general, dificultățile sociale din tulburarea Asperger sunt mai severe și debutează mai precoce. Deși unii indivizi cu tulburare Asperger pot experienta o anxietate crescută și debilitantă în condiții sociale, ca în **fobia socială** sau **alte tulburări anxioase**, acestea din urmă nu se caracterizează prin deteriorări pervasive în dezvoltarea socială sau prin interesele circumscrise tipice tulburării Asperger. Tulburarea Asperger trebuie distinsă de **jena socială normală** și de **hobbiurile și interesele normale corespunzătoare etății.** În tulburarea Asperger, deficitele sociale sunt foarte severe iar preocupările sunt atotcuprinzătoare și interferează cu achiziționarea aptitudinilor fundamentale.

### Criteriile de diagnostic pentru 299.80 Tulburarea Asperger

A. Deteriorare calitativă în interacțiunea socială manifestată prin cel puțin două dintre următoarele:
   (1) deteriorare marcată în uzul a multiple comportamente nonverbale cum ar fi privitul în față, expresia facială, posturile corporale și gesturile de reglare a interacțiunii sociale;
   (2) incapacitatea de a stabili relații cu egalii corespunzătoare nivelului de dezvoltare;
   (3) lipsa căutarii spontane de a împărtăși satisfacția, interesele sau realizările cu alți oameni (de ex., lipsa de a arăta, de a aduce, de a specifica altor oameni obiectele de interes);
   (4) lipsa de reciprocitate emoțională sau socială.

B. Patternuri stereotipe, repetitive și restrânse de comportament, interese și activități, manifestate prin cel puțin unul dintre următorii itemi:
   (1) preocupare circumscrisă la unul sau mai multe patternuri restrânse și stereotipe de interes, și care este anormală, fie ca intensitate sau centrare;
   (2) aderență inflexibilă evidentă de rutine sau ritualuri specifice, nonfuncționale;
   (3) manierisme motorii repetitive și stereotipe (de ex., fluturatul sau răsucitul mâinilor sau degetelor sau mișcări complexe ale întregului corp);
   (4) preocupare persistentă pentru părți ale obiectelor.

C. Perturbarea cauzează deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

D. Nu există o întârziere generală semnificativă clinic în limbaj (de ex., utilizează cuvinte izolate către etatea de 2 ani și fraze comunicative către etatea de 3 ani).

E. Nu există o întârziere semnificativă clinic în dezvoltarea cognitivă sau în dezvoltarea aptitudinilor de autoajutorare corespunzătoare etății, în comportamentul adaptativ (altele decât în interacțiunea socială) și în curiozitatea pentru ambianță în copilărie.

F. Nu sunt satisfăcute criteriile pentru o altă tulburare de dezvoltare pervasivă specifică sau pentru schizofrenie.

## 299.80 Tulburare de Dezvoltare Pervasivă Fără Altă Specificație (inclusiv Autismul Atipic)

Această categorie trebuie utilizată când există o deteriorare pervasivă și severă în dezvoltarea interacțiunii sociale reciproce sau a aptitudinilor de comunicare nonverbală sau verbală ori când sunt prezente comportamente, interese și activități stereotipe, dar nu sunt satisfăcute criteriile pentru o tulburare de dezvoltare pervasivă specifică, pentru schizofrenie, tulburarea de personalitate schizotipală ori pentru tulburarea de personalitate evitantă. De ex., această categorie include „autismul atipic" — tablouri clinice care nu satisfac criteriile pentru tulburarea autistă din cauza debutului tardiv, simptomatologiei atipice, simptomatologiei subliminale ori a tuturor acestora.

# Tulburările de Deficit de Atenție și de Comportament Disruptiv

## Tulburarea Hiperactivitate/Deficit de Atenție

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării hiperactivitate/deficit de atenție îl constituie un pattern persistent de inatenție și, sau de hiperactivitate-impulsivitate, care este mai frecvent și mai sever decât este observat de regulă la indivizii cu un nivel comparabil de dezvoltare (criteriul A). Unele simptome de hiperactivitate-impulsivitate sau de inatenție care cauzează deteriorarea trebuie să fi fost prezente înainte de etatea de 7 ani, deși mulți indivizi sunt diagnosticați după ce simptomele au fost prezente timp de un număr de ani, în special în cazul indivizilor cu tipul predominant inatent (criteriul B). O oarecare deteriorare din cauza simptomelor trebuie să fie prezentă în cel puțin două situații (de ex., acasă, și la școală sau la serviciu) (criteriul C). Trebuie să fie clară proba interferenței cu funcționarea socială, școlară sau profesională corespunzătoare din punctul de vedere al dezvoltă rii (criteriul D) Perturbarea nu survine exclusiv în cursul evoluției unei tulburări de dezvoltare pervasivă, al schizofreniei ori al altei tulburări psihotice și nu este explicată mai bine de vreo altă tulburare mentală (de ex., o tulburare afectivă, anxioasă, disociativă sau de personalitate) (criteriul E).

Inatenția se poate manifesta în situații școlare, profesionale sau sociale. Indivizii cu această tulburare pot fi incapabili să -și concentreze atenția asupra detaliilor sau pot face erori prin neglijență în efectuarea temelor școlare sau a altor sarcini (criteriul A1a). Activitatea este adesea dezordonată, efectuată neglijent și fără un plan gândit. Indivizii au adesea dificultăți în a-și menține atenția asupra unor sarcini sau activități de joc și consideră că este greu să persiste în efectuarea sarcinilor până la realizarea lor (criteriul A1b). Ei par adesea ca și cum ar fi cu mintea în altă parte ori ca și cum nu ar asculta sau nu ar auzi ceea ce li se spune (criteriul A1c). Pot exista treceri frecvente de la o activitate neterminată la alta. Indivizii diagnosticați cu această tulburare pot începe o sarcină, trec la alta, apoi se întorc la altceva, înainte de a termina vreuna. Adesea ei nu urmează exact cererile sau instrucțiunile și sunt incapabili să -și efectueze temele școlare, sarcinile casnice sau alte îndatoriri (criteriul A1d). Incapacitatea de a îndeplini sarcinile trebuie luată în considerație atunci când se pune acest diagnostic, numai dacă ea se datorează inatenției, ca opusă altor motive posibile (de ex., incapacitatea de a înțelege instrucțiunile). Acești indivizi au adesea dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților (criteriul Ale ). Sarcinile care cer un efort mental susținut sunt experientate ca neplăcute și marcat aversive. În consecință, acești indivizi evită de regulă, ori au o puternică aversiune față de activitățile care necesită autoexigență și efort mental sau care necesită capacități organizatorice ori o concentrare susținută (de ex., temele pentru acasă sau lucrările scrise) (criteriul A1f). Această evitare trebuie să fie datorată dificultăților în concentrare ale persoanei și nu unei atitudini opoziționiste primare, deși un opoziționism secundar poate, de asemenea, surveni. Deprinderile de a lucra sunt adesea dezorganizate, iar materialele necesare pentru îndeplinirea sarcinilor sunt

adesea împrăștiate, pierdute sau mânuite neglijent și deteriorate (criteriul A1g). Indivizii cu această tulburare sunt ușor de distras de stimuli irelevanți și în mod frecvent întrerup sarcinile în curs de efectuare pentru a se ocupa de zgomote sau evenimente banale, care sunt uzuale și ușor de ignorat de către alții (de ex.,claxonatul unui autoturism, o conversație din jur) (criteriul A1h). Ei sunt adesea uituci referitor la activitățile cotidiene (de ex., lipsesc de la întâlniri, uită să-și ia dejunul (criteriul A1i). În situații sociale, inatenția se poate manifesta prin treceri de la un subiect la altul în conversație, prin a nu asculta la ceilalți, a nu-i fi mintea la conversație și a nu respecta detaliile sau regulile jocurilor sau activităților.

Hiperactivitatea se poate manifesta prin foit sau răsucit (criteriul A2a), prin a nu rămâne așezat când este de dorit s-o facă (criteriul A2h), prin alergat sau cățărat în situații în care acest lucru este inadecvat (criteriul A2c), prin a avea dificultăți în a se juca ori în a se angaja liniștit în activități distractive (criteriul A2d), prin a părea adesea că se află „în continuă mișcare" ori ca și cum ar fi „împins de un motor" (criteriul A2e), sau prin a vorbi excesiv de mult (criteriul A2f). Hiperactivitatea poate varia în raport cu etatea individului și cu nivelul de dezvoltare, iar diagnosticul trebuie pus cu multă precauție la copiii mici. Copiii care abia încep să meargă și preșcolarii cu această tulburare diferă de copiii mici activi normali prin faptul că se află într-o continuă mișcare și peste tot), fug înainte și înapoi, sunt „afară înaintea hainelor" lor, sar peste mobilă sau se urcă pe ea, aleargă prin casă și au dificultăți în a participa la activități de grup sedentare în clasele preșcolare (de ex., să asculte o poveste). Copiii de etate școlară prezintă comportamente similare, dar de regulă cu o frecvență sau intensitate mai redusă decât copiii care învață să meargă și ca preșcolarii. Ei au dificultăți în a rămâne așezați, se ridică frecvent în picioare, se răsucesc pe scaun sau se agață de marginea acestuia. Se joacă cu diverse obiecte, bat din palme, își pendulează picioarele în mod excesiv. Adesea se ridică de la masă în timp ce mănâncă sau se ridică în timp ce privesc la televizor ori în timp ce-și fac temele pentru acasă, vorbesc excesiv de mult și fac mult zgomot în timpul unor activități care trebuie să se desfășoare în liniște. La adolescenți sau la adulți, simptomele de hiperactivitate iau forma unor sentimente de neliniște și de dificultate în a se angaja în activități sedentare care trebuie să se desfășoare în liniște.

Impulsivitatea se manifestă ca impacientă, dificultate în amânarea răspunsurilor, trântirea răspunsurilor înainte ca întrebările să fi fost complet formulate (criteriul A2g), dificultăți în a-și aștepta rândul (criteriul A2h) și întreruperea sau deranjarea altora până pe punctul de a cauza dificultăți în situații profesionale, școlare sau sociale (criteriul A2i). Ceilalți se pot plânge că ei nu pot scoate o vorbă. Indivizii cu această tulburare fac de regulă comentarii înainte de a le fi venit rândul să intervină în discuție, sunt incapabili să asculte de indicații, inițiază conversații în momente inoportune, întrerup în mod excesiv și deranjează pe alții, smulg diverse obiecte de la alții, ating lucruri pe care nu se crede că ei le pot atinge și fac pe clovnii în fața celor din jur. Impulsivitatea poate duce la accidente (de ex., se ciocnesc de obiectele din jur, se lovesc de diverse persoane, apucă o caserolă fierbinte) și se angajează în activități potențial periculoase fără a lua în considerație consecințele posibile (de ex., aleargă pe skateboard – scândură pe rotile – pe un teren extrem de neregulat).

Manifestările comportamentale apar de regulă în multiple contexte incluzând casa, școala, serviciul și situațiile sociale. Pentru a pune diagnosticul, trebuie să existe o oarecare deteriorare în cel puțin două situații (criteriul C). Este extrem de rar cazul ca un individ să prezinte același nivel de disfuncție în toate situațiile ori

în aceeași situație tot timpul. De regulă, simptomele se agravează în situații care necesită atenție sau efort mental susținut ori care sunt lipsite de atractivitate sau de nouate intrinsecă (de ex., audierea profesorilor în clasă, efectuarea temelor în clasă, audierea sau citirea unor materiale mai lungi ori lucrul la sarcini repetitive, monotone). Semnele tulburării pot fi minime sau absente când persoana primește frecvent recompense pentru un comportament corespunzător, se află sub supraveghere strictă , se află într-o situație nouă, este angajată în activități extrem de interesante, ori se se afla într-o situație de unu-la-unu (de ex., în cabinetul clinicianului). Simptomele survin foarte probabil în situații de grup (de ex., grupe de joc, în clasă ori la locul de muncă). Clinicianul trebuie, de aceea, să obțină informații din mai multe surse (de ex., părinți, profesori) și să se informeze despre comportamentul individului într-o varietate de situații în fiecare context (de ex, fă cutul temelor, luatul mesei).

## Subtipuri

Deși mulți indivizi prezintă atât simptome de inatenție, cât și de hiperactivitate/impulsivitate, există indivizi la care predomină unul dintre aceste patternuri. Subtipul corespunzător (pentru diagnosticul curent) trebuie să fie indicat pe baza patternului simptomului predominant în cursul ultimelor 6 luni.

**314.01 Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip combinat.** Acest subtip trebuie să fie utilizat dacă șase (sau mai multe) simptome de inatenție și șase (sau mai multe) simptome de hiperactivitate-impulsivitate au persistat cel puțin 6 luni. Cei mai mulți copii și adolescenți cu tulburarea au tipul combinat. Nu se știe dacă același lucru este valabil și pentru adulții cu această tulburare.

**314.00 Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant de inatenție.** Acest subtip trebuie utilizat dacă șase (sau mai multe) simptome de inatenție, dar mai puțin de șase simptome de hiperactivitate-impulsivitate au persistat cel puțin 6 luni.

**314.01 Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant hiperactiv-impulsiv:** Acest subtip trebuie să fie utilizat dacă șase (sau mai multe) simptome de hiperactivitate-impulsivitate (dar mai puțin de șase simptome de inatenție) au persistat cel puțin 6 luni. Inatenția poate fi adesea un element clinic semnificativ și în astfel de cazuri.

## Procedee de înregistrare

Indivizii care într-un stadiu precoce al tulburării au avut tipul predominant de inatenție ori tipul predominant hiperactiv-impulsiv, pot ajunge să dezvolte tipul combinat și viceversa. Tipul corespunzător (pentru diagnosticul curent) trebuie să fie indicat pe baza patternului simptomului predominant în ultimele 6 luni. Dacă rămân simptome semnificative clinic, dar criteriile pentru nici un subtip nu mai sunt satisfăcute, diagnosticul adecvat este cel de tulburare hiperactivitate/deficit de atenție, în remisiune parțială. Când simptomele unui individ nu satisfac actualmente complet criteriile pentru tulburare și nu este clar dacă criteriile pentru tulburare au fost satisfăcute anterior, trebuie pus diagnosticul de tulburare hiperactivitate/deficit de atenție fără altă specificație).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Elementele asociate variază în funcție de etate și stadiul de dezvoltare, și pot include toleranța scăzută la frustrare, accese coleroase, tendința la dominare, obstinația, insistența frecventă și excesivă de a-i fi satisfăcute cererile, labilitatea afectivă, demoralizarea, disforia, respingerea de către egali și stima de sine scăzută. Performanța școlară este adesea deteriorată și devalorizată și duce de regulă la conflicte cu familia și cu autoritățile școlare. Diligența redusă pentru efectuarea sarcinilor care necesită un efort susținut este adesea interpretată de alții ca indicând lene, un simț redus al responsabilității și un comportament opoziționist. Relațiile cu familia sunt caracterizate adesea prin resentimente și antagonisme, în special din cauza variabilității în statusul simptomatic care face adesea pe părinți să creadă că orice comportament impertinent este voit. Discordia familială și interacțiunile părinte-copil negative sunt adesea prezente. Astfel de intreracțiuni negative diminuă printr-un tratament cu succes. În medie, indivizii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție au mai puțină școală decât egalii lor și, de asemenea, au o eficiență profesională mai redusă. De asemenea, în medie, nivelul intelectual, evaluat prin teste QI individuale este cu câteva puncte mai scăzut la copii cu acestă tulburare în comparație cu egalii. În același timp este evidențiată și marea variabilitate a QI, indivizii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție putând prezenta dezvoltare intelectuală deasupra mediei sau fiind dotați. În forma sa severă, tulburarea este marcat deteriorantă, afectând adaptarea școlară, familială și socială. Toate cele trei subtipuri sunt asociate cu o deteriorare semnificativă. Deficitele școlare și problemele în legătură cu școala tind a fi mai pronunțate la tipurile marcate prin inatenție (tipurile predominant impulsiv-hiperactiv și combinat). Indivizii cu tipul predominant inatent tind a fi pasivi social, și par a fi mai curând neglijați decât rejectați de egali.

O proporție substanțială (aproximativ jumătate) de copii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție îndrumați către clinici au, de asemenea, și tulburarea opoziționism provocator sau tulburare de conduită. Ratele de apariție concomitentă a tulbură rii hiperactivitate/deficit de atenție cu aceste alte tulbură ri de comportament disruptiv sunt mai mari decât cele cu alte tulburări mentale, iar această coapariție este foarte probabilă în cele două subtipuri marcate de hiperactivitate-impulsivitate (tipurile hiperactiv-impulsiv și combinat). Alte tulbură ri asociate includ tulburările afective, anxioase, de învățare și de comunicare la copii cu tulburarea hiperactivitate /deficit de atenție. Deși tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție este prezentă în cel puțin 50% dintre indivizii cu tulburarea Tourette trimiși în clinică, cei mai mulți indivizi cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție nu au și tulburarea Tourette. Când cele două tulburări coexistă, debutul tulburării hiperactivitate/deficit de atenție precede debutul tulburării Tourette.

Poate exista un istoric de abuz sau de neglijare a copilului, de multiple plasări în cămine, expunere la neurotoxice (de ex., intoxicație cu plumb), infecții (de ex,, encefalita), expunere la droguri in utero sau de retardare mentală. Deși greutatea mică la naștere poate fi asociată uneori cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, cei mai mulți copii cu greutate mică la naștere nu prezintă tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, iar cei mai mulți copii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție nu prezintă un istoric de greutate mică la naștere.

**Date de laborator asociate.** Nu există teste de laborator, evaluări neurologice sau evaluări prosexice care să fi fost stabilite ca având valoare diagnostică în evaluarea clinică a tulburării hiperactivitate/deficit de atenție. S-a observat că testele necesitând o procesare mentală care cere efort sunt anormale la indivizii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție în comparație cu egalii, însă aceste teste nu și-au demonstrat utilitatea când s-a încercat să se stabilească dacă un anumit individ are tulburarea. Nu se cunosc încă deficitele cognitive fundamentale care sunt responsabile de astfel de diferențe de grup.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Nu există elemente somatice specifice asociate cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, deși anomalii somatice minore (de ex., hipertelorismul, ogiva palatină înaltă, urechile jos înserate ) pot surveni într-o proporție mai mare decât în populația generală. De asemenea, poate exista o rată mai înaltă a traumelor somatice accidentale.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție este cunoscută ca apărând în diverse culturi, cu variații în prevalența raportată de țările vestice, provenind probabil mai mult din practicile diagnostice diferite decât din diferențele în prezentarea clinică.

Este foarte greu să se stabilească acest diagnostic la copiii mai mici de 4-5 ani, deoarece comportamentul lor caracteristic este mult mai variabil decât cel al copiilor mai mari și poate include elemente care sunt similare cu simptomele tulburării hiperactivitate/deficit de atenție. În afară de aceasta, simptomele de inatenție, la copiii mici sau la copiii preșcolari, adesea nu sunt ușor de observat, deoarece copiii mici de regulă experiențează puține solicitări de atenție susținută. Cu toate acestea însă, atenția copiilor mici poate fi reținută într-o varietate de situații (de ex., un copil în etate de 2-3 ani poate sta de regulă cu un adult care răsfoiește cărți ilustrate). Din contra, copiii mici cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție se mișcă excesiv de mult și de regulă sunt dificil de astâmpărat. Ancheta referitoare la o largă varietate de comportamente la un copil mic poate fi utilă în a garanta faptul că a fost obținut un tablou clinic complet. O deteriorare substanțială a fost demonstrată la copii preșcolari cu hiperactivitate/deficit de atenție. La copii de etate școlară , simptomele de inatenție afectează activitatea în clasă și performanța școlară. Simptomele de impulsivitate pot duce, de asemenea, la încălcarea normelor educaționale, interpersonale și familiale. Simptomele tulburării hiperactivitate/deficit de atenție sunt de regulă cele mai proeminente în cursul claselor elementare. Pe măsură ce copilul crește, simptomele devin de regulă mai puțin evidente. Spre finele copilăriei și începutul adolescenței, semnele activității motorii flagrant excesive (de ex. alergatul și cățăratul excesiv, a nu sta un moment locului) sunt mai puțin frecvente, iar simptomele de hiperactivitate pot fi reduse la neastâmpăr ori la sentimentul de tremor sau neliniște interioară. În perioada adultă, neliniștea poate duce la dificultăți în participarea la activități sedentare și la evitarea distracțiilor sau ocupațiilor care oferă oportunități limitate pentru mișcarea spontană (de ex., activitățile de birou). Disfuncția socială la adulți pare a fi probabilă în special la cei care au avut diagnostice concomitente în copilărie. Trebuie manifestată prudență în punerea diagnosticului de tulburare hiperactivitate/deficit de atenție la adulți numai pe baza amintirii individului că a fost inatent sau hiperactiv în copilărie, deoarece validitatea unor astfel de date

retrospective este adesea problematică. Deși informații auxiliare pot să nu fie totdeauna disponibile, coroborarea informațiilor de la alți informatori (inclusiv documentele școlare anterioare) este utilă pentru ameliorarea acurateței diagnosticului.

Tulburarea este mai frecventă la bărbați decât la femei, cu rapoarte bărbați/femei mergând de la 2:1 la 9:1, în funcție de tip (tipul predominant inatent poate avea un raport bă rbați/femei mai puțin pronunțat) și mediu (este posibil ca copiii trimiși în clinică să fie bărbați).

## Prevalență

Prevalența tulburării hiperactivitate/deficit de atenție a fost estimată la 3%–7% dintre copii de etate școlară. Aceste procente raportate variază în funcție de natura populației cercetate și de metoda de stabilire. Datele despre prevalența tulburării în adolescență și în perioada adultă sunt limitate. Evidența sugerează că prevalența tulbură rii hiperactivitate/deficit de atenție, așa cum este aceasta definită în DSM-IV, este puțin mai mare decât prevalența tulburării bazate pe criteriile DSM-III-R din cauza includerii tipurilor predominant hiperactiv-impulsiv și predominant inatent (care erau diagnosticate ca tulburare hiperactivitate/deficit de atenție fără altă specificație în DSM-III-R).

## Evoluție

Cei mai mulți părinți observă pentru prima dată activitatea motorie excesivă când copiii încep să meargă, ceea ce coincide frecvent cu dezvoltarea locomoției independente. Deoarece însă, mulți copii hiperactivi care încep să meargă nu vor dezvolta mai târziu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, trebuie manifestată o atenție specială în diferențierea hiperactivității normale de hiperactivitatea caracteristică tulburării hiperactivitate/deficit de atenție înainte de punerea acestui diagnostic în primii ani. De regulă, tulburarea este diagnosticată pentru prima dată în anii de școală elementară, când adaptarea școlară este compromisă. Unii copii cu tipul predominant inatent pot să nu intre în atenție clinică până spre finele copilăriei. În majoritatea cazurilor văzute în condiții clinice, tulburarea este relativ stabilă la începutul adolescenței. La cei mai mulți indivizi, simptomele (în special hiperactivitatea motorie) se atenuează în ultima parte a adolescenței și în perioada adultă, deși un număr redus de cazuri experientează întregul efectiv de simptome al tulburării hiperactivitate/deficit de atenție până la mijlocul vieții adulte. Alți adulți pot reține numai câteva dintre simptome, în care caz trebuie făcut uz de diagnosticul de tulburare hiperactivitate/deficit de atenție, în remisiune parțială. Acest din urmă diagnostic se aplică, de asemenea, indivizilor care nu mai prezintă întregul tablou clinic al tulburării, dar reține încă unele simptome care cauzează deteriorare funcțională.

## Pattern familial

S-a constatat că tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție este mai frecventă la rudele biologice de gradul I ale copiilor cu această tulburare decât în populația generală. Probe considerabile atestă influența puternică a factorilor genetici asupra nivelelor de hiperactivitate, impulsivitate și inatenție măsurate dimensional. Influențele familiare, școlare și din partea egalilor sunt însă cruciale în determinarea întinderii deteriorării și comorbidității. De asemenea, studiile sugerează că la membrii de familie ai indivizilor cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție,

există o prevalență mai mare a tulburărilor afective și anxioase, a tulburărilor de învățare, a tulburărilor în legătură cu o substanță și a tulburării de personalitate antisocială.

## Diagnostic diferențial

În mica copilărie poate fi dificil de făcut distincție între simptomele tulburării hiperactivitate/deficit de atenție și **comportamentele corespunzătoare etății la copii activi** (de ex., alergatul de jur împrejur sau a face larmă).

Simptomele de inatenție sunt comune printre copiii cu QI redus, plasați în condiții de școlarizare inadecvate capacității lor intelectuale. Aceste comportamente trebuie să fie distinse de semnele similare ale copiilor cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție. La copii cu **retardare mentală**, un diagnostic adițional de tulburare hiperactivitate/deficit de atenție trebuie pus numai dacă simptomele de inatenție sau de hiperactivitate sunt în exces în raport cu etatea mentală a copilului. Inatenția în clasă poate surveni, de asemenea, când copii foarte inteligenți sunt plasați în **medii școlare substimulante**. Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție trebuie, de asemenea, să fie distinsă de dificultatea în comportamentul orientat spre un scop la copii din medii inadecvate, dezorganizate sau haotice. Istoricul patternului de simptome obținut de la mai mulți informatori (de ex., baby-sitters, bunici ori părinți ai companionilor de joacă) sunt utile în furnizarea unei confluențe de observații referitoare la inatenția copilului, hiperactivitatea și capacitatea de autoreglare corespunzătoare evolutiv în diverse situații.

Indivizii cu **comportament opoziționist** se pot opune sarcinilor de serviciu sau școlare care necesită perseverență, din cauza neplăcerii de a se conforma cererilor altora. Aceste simptome trebuie să fie diferențiate de evitarea sarcinilor școlare observată la indivizii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție. Complicant pentru diagnosticul diferențial este faptul că unii indivizi cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție dezvoltă secundar atitudini opozitioniste față de astfel de sarcini și devalorizează importanța lor, adeseă ca o conștientizare a incapacității lor.

Activitatea motorie crescută care poate surveni în tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție

Trebuie să fie distinsă de comportamentul motor repetitiv care caracterizează **tulburarea de mișcare stereotipă** . În tulburarea de mișcare stereotipă , comportamentul motor este în general focalizat și fixat (de ex., balansatul corpului, automușcarea), pe când neastâmpă rul și neliniștea din tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție sunt de regulă mai generalizate. În afară de aceasta, indivizii cu tulburare de mișcare stereotipă nu sunt în general hiperactivi, cu excepția stereotipiilor, ei putând fi hipoactivi.

Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție nu este diagnosticată dacă simptomele sunt explicate mai bine de către o **altă tulburare mentală** (de ex., o tulburare afectivă, anxioasă, disociativă, de personalitate, de o modificare de personalitate datorată unei condiții medicale generale ori o tulburare în legatură cu o substanță). În toate aceste tulburări, simptomele de inatenție au de regulă debutul după etatea de 7 ani, iar istoricul din copilărie al adaptării școlare nu este caracterizat în general prin comportament disruptiv ori plângeri ale învățătorului referitoare la comportamentul inatent, hiperactiv sau impulsiv. Când o tulburare afectivă sau o tulburare anxioasă survine concomitent cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, trebuie să fie diagnosticată și aceasta. Tulburarea

hiperactivitate/deficit de atenție nu este diagnosticată dacă simptomele de inatenție și hiperactivitate survin exclusiv în cursul unei **tulburări de dezvoltare pervasivă** ori al unei **tulburări psihotice**. Simptome de inatenție, hiperactivitate ori impulsivitate în legătură cu uzul unui medicament (de ex., bronhodilatatoare, isoniazidă, akatisie datorată neurolepticelor) la copii înainte de etatea de 7 ani nu sunt diagnosticate ca tulburare hiperactivitate/deficit de atenție, ci ca **altă tulburare în legătură cu o substanță fără altă specificație.**

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Hiperactivitate/Deficit de Atenție

A. Fie (1) sau (2):

(1) șase (sau mai multe) dintre următoarele simptome de **inatenție** au persistat cel puțin 6 luni într-un grad care este dezadaptativ și discrepant în raport cu nivelul de dezvoltare:

*Inatenția*

(a) incapabil adesea de a da atenția cuvenită detaliilor ori face erori prin neglijență în efectuarea temelor școlare, la serviciu, sau în alte activități;
(b) adesea are dificultăți în susținerea atenției asupra sarcinilor sau activităților de joc;
(c) adesea pare a nu asculta când i se vorbește direct;
(d) adesea nu se conformează instrucțunilor și este incapabil să-și termine temele pentru acasă, sarcinile casnice ori obligațiile la locul de muncă (nedatorate comportamentului opozitionist sau incapacității de a înțelege instrucțiunile);
(e) adesea are dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților;
(f) adesea evită, are aversiune, nu este dispus să se angajeze în sarcini care necesită un efort mental susținut (cum ar fi efectuarea temelor în clasă sau acasă);
(g) adesea pierde lucruri necesare pentru diverse sarcini sau activități (de ex., jucării, teme pentru acasă, creioane, cărți, instrumente);
(h) adesea este ușor de distras de stimuli irelevanți;
(i) adesea este uituc referitor la activitățile cotidiene;

(2) șase (sau mai multe) dintre următoarele simptome de **hiperactivitate-impulsivitate** au persistat timp de cel puțin 6 luni într-un grad care este dezadaptativ și în contradicție cu nivelul de dezvoltare:

*Hiperactivitatea*

(a) adesea se joacă cu mâinile sau sau cu picioarele sau se foiește pe loc,
(b) adesea își lasă locul în clasă sau în alte situații în care este de dorit să rămână așezat;
(c) adesea aleargă în jur sau se cațără excesiv de mult, în situații în care acest lucru este inadecvat (la adolescenți sau la adulți poate fi limitat la sentimentul subiectiv de neliniște);
(d) adesea are dificultăți în a se juca sau în a se angaja în activități distractive în liniște;
(e) adesea este „în continuă mișcare" sau acționează ca și cum „ar fi împins de un motor";
(f) adesea vorbește excesiv de mult;

### Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Hiperactivitate/Deficit de Atenție *(continuare)*

*Impulsivitatea*

(g) adesea „trânteşte" răspunsuri înainte ca întrebările să fi fost complet formulate,

(h) adesea are dificultăți în a-și aștepta rândul;

(i) adesea întrerupe sau deranjează pe alții (de ex., intervine în conversațiile sau jocurile altora).

B. Unele simptome de inatenție sau de hiperactivitate-impulsivitate care au cauzat deteriorarea erau prezente înainte de etatea de 7 ani.

C. O anumită deteriorare din cauza simptomelor este prezentă în două sau mai multe situații (de ex., la școală [sau la serviciu] și acasă).

D. Trebuie să fie clară proba deteriorării semnificative clinic în funcționarea socială, școlară sau profesională.

E. Simptomele nu survin exclusiv în cursul unei tulburări de dezvoltare pervasive, al schizofreniei ori al altei tulburări psihotice și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de o tulburare afectivă, anxioasă, disociativă sau de personalitate).

*A se codifica* pe bază de tip:

**314.01 Tulburare hiperactivitate/deficit de atenție, tip combinat**: dacă ambele criterii A1 și A2 sunt satisfăcute pentru ultimele 6 luni.

**314.00 Tulburare hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant de inatenție**: dacă criteriul A1 este satisfăcut, iar criteriul A2 nu, pentru ultimele 6 luni.

**314.01 Tulburare hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant de hiperactivitate-impulsivitate**: dacă criteriul A2 este satisfăcut, iar criteriul A1 nu este satisfăcut pentru ultimele 6 luni.

Notă de codificare: Pentru indivizii (în special pentru adolescenți și adulți) care în mod curent au simptome care nu mai satisfac în întregime criteriile, trebuie specificat „în remisiune parțială".

## 314.9 Tulburarea Hiperactivitate/Deficit de Atenție Fără Altă Specificație

Această categorie este destinată tulburărilor cu simptome notabile de inatenție sau hiperactivitate-impulsivitate care nu satisfac criteriile pentru tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție.

Exemplele includ:

1. Indivizii ale căror simptome și deteriorare satisfac criteriile pentru tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tipul predominant inatent, dar a căror etate la debut este de 7 ani sau mai mult.
2. Indivizii cu deteriorare semnificativă clinic care se prezintă cu inatenție și al căror pattern de simptome nu satisface complet criteriile pentru tulburare, dar are un pattern comportamental marcat de lentoare, reverie și hipoactivitate.

# Tulburarea de Conduită

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de conduită îl constituie un pattern persistent și repetitiv de comportamente în care drepturile fundamentale ale altora, ori normele sau regulile sociale majore corespunzătoare etății sunt violate (criteriul A). Aceste comportamente se încadrează în patru grupe principale: conduită agresivă, care cauzează sau amenință cu vătămarea fizică alți oameni sau animale (criteriile A1–A7), conduită nonagresivă, care cauzează pierderea sau prejudicierea proprietății (criteriile A8–A9), fraudă sau furt (criteriile A10–A12), și violări serioase ale regulilor (criteriile A13–A15). Trei (sau mai multe) comportamente caracteristice trebuie să fi fost prezente în timpul ultimelor 12 luni, cu cel puțin un comportament prezent în ultimele 6 luni. Perturbarea în comportament cauzează o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, școlară sau profesională (criteriul B). Tulburarea de conduită poate fi diagnosticată la indivizii în etate de peste 18 ani, dar numai dacă nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de pesonalitate antisocială (criteriul C). Patternul de comportament este de regulă prezent într-o varietate de locuri cum ar fi casa, școala sau comunitatea. Deoarece indivizii cu tulburare de conduită își minimalizează, evident, problemele de conduită, clinicianul trebuie să recurgă adesea la informatori suplimentari. Însă cunoștințele informatorului despre problemele de conduită ale copilului pot fi limitate prin supraveghere inadecvată ori prin faptul că nu au fost revelate de către copil.

Copiii sau adolescenții cu această tulburare inițiază adesea un comportament agresiv și reacționează agresiv față de alții. Ei pot prezenta un comportament insolent, amenințător sau intimidant (criteriul A1), pot să inițieze frecvent bătăi (criteriul A2); uzează de o armă care poate cauza o vătămare corporală serioasă (de ex., un băț, o cărămidă, o butelie spartă, un cuțit sau o armă de foc) (criteriul A3); pot fi cruzi cu oamenii (criteriul A4) ori cu animalele (criteriul A5); fură în timp ce se confruntă cu victima (de ex., banditism, furt din buzunare, extorcare sau furt cu mâna armată) (criteriul A6), ori forțează pe cineva la activitate sexuală (criteriul A7). Violența fizică poate lua forma violului, atacului sau, în cazuri mai rare, a omuciderii.

Distrugerea deliberată a proprietății altora este elementul caracteristic al acestei tulburări și poate include incendierea deliberată, cu intenția de a cauza un prejudiciu serios (criteriul A8) sau distrugerea deliberată a proprietății altora în alte moduri (de ex., spargerea ferestrelor autoturismului, vandalism în școală) (criteriul A9).

Frauda sau furtul este comun și poate include o spargere a casei, dependințelor sau autoturismului cuiva (criteriul A10); individul minte frecvent sau face promisiuni spre a obține bunuri sau favoruri ori pentru a evita datorii sau obligații (de ex., „fraierește" alte persoane) (criteriul A11) sau fură lucruri de valoare, fără confruntare cu victima (de ex., furt din magazine, plastografie) (criteriul A12).

Pot exista, de asemenea, violări serioase ale regulilor (de ex., școlare, parentale) de către indivizii cu această tulburare. Începând înainte de etatea de 13 ani, copiii cu această tulburare au adesea un pattern, (de comportament) care constă în a veni acasă noaptea târziu, în disprețul interdicțiilor parentale (criteriul A13). Poate exista un pattern de a fugi de acasă noaptea (criteriul A14). Pentru a fi considerat ca simptom al tulburării de conduită, fuga de acasă trebuie să fi survenit de cel puțin două ori (ori numai odată, dacă individul se întoarce acasă după o lungă perioadă de timp). Episoadele de fugă de acasă, care survin ca o consecință directă a abuzului fizic sau sexual, nu sunt desemnate pentru acest criteriu. Copiii cu această tulburare chiulesc adesea de la școală, începând înainte de etatea de 13 ani

(criteriul A15). La indivizii mai în etate, acest comportament se manifestă adesea prin absențe de la serviciu fără un motiv bine justificat.

## Subtipuri

Pe baza etății la debutul tulburării se disting două subtipuri de tulburare de conduită (adică, tipul cu debut în copilărie și tipul cu debut în adolescență). Subtipurile diferă între ele sub raportul naturii caracteristice a problemelor de conduită prezentate, al evoluției și prognosticului, și al ratei sexului. Ambele subtipuri pot surveni într-o formă ușoară, moderată sau severă. Pentru aprecierea etății la debut, trebuie obținute informații de la tânăr sau de la infirmier(i). Deoarece multe dintre comportamente pot fi ascunse, infirmierii pot subraporta simptomele și supraestima etatea la debut.

**312.81 Tip cu debut în copilărie.** Acest subtip este definit prin debutul a cel puțin un criteriu caracteristic tulburării de conduită înainte de etatea de 10 ani. Indivizii cu tipul cu debut în copilărie sunt de regulă bărbați, manifestă frecvent agresivitate fizică față de alții, au perturbate relațiile cu egalii, pot să fi avut tulburarea opozitionismul provocator în timpul micii copilării, și de regulă au simptome care satisfac criteriile pentru tulburarea de conduită, înainte de pubertate. Mulți copii cu acest subtip au, de asemenea, concomitent și tulburarea hiper activitate/deficit de atenție. Indivizii cu tipul cu debut în copilărie este foarte posibil să aibă tulburare de conduită persistentă și să prezinte ca adulți tulburare de personalitate antisocială mai mult decât cei cu tipul cu debut în adolescență .

**312.82 Tipul cu debut în adolescență.** Acest subtip este definit prin absența oricărui criteriu caracteristic de tulburare de conduită, înainte de etatea de 10 ani. Comparativ cu cei cu tipul cu debut în copilărie, este puțin probabil că acești indivizi vor prezenta comportamente agresive și tind să aibă relații mai normative cu egalii (deși ei au adesea probleme de conduită în compania altora). Este puțin probabil că acești indivizi vor avea tulburare de conduită persistentă sau că vor prezenta ca adulți tulburare de personalitate antisocială. Raportul bărbați/femei cu tulburarea de conduită este mai redus pentru tipul cu debut în adolescență decât pentru tipul cu debut în copilărie.

**312.89 Debut nespecificat.** Acest subtip este utilizat dacă etatea la debut a tulburării de conduită este necunoscută .

## Specificanții de severitate

**Ușoară.** Sunt prezente puține, dacă nu nici un fel de probleme de conduită în exces în raport de cele cerute pentru punerea diagnosticului, iar problemele de conduită cauzează un prejudiciu relativ minor altora (de ex., minciună, chiul, fugă de acasă după lăsarea întunericului, fără permisiune).
**Moderată.** Numărul de probleme de conduită și efectul asupra altora sunt intermediare între „ușoară" și „severă" (de ex., furt fără confruntare cu victima, vandalism).
**Severă.** Sunt prezente multe probleme de conduită în exces în raport cu cele cerute pentru punerea diagnosticului, ori problemele de conduită cauzează un prejudiciu considerabil altora (de ex., relații sexuale forțate, cruzime fizică, uz de armă, furt cu confruntare cu victima, furt prin efracție).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu tulburare de conduită pot avea puțină empatie și puțină preocupare pentru sentimentele, dorințele și bunăstarea altora. În situații ambigue mai ales, indivizii agresivi cu această tulburare percep frecvent în mod eronat intențiile altora ca mai ostile și mai amenințătoare decât este cazul și răspund prin agresiune, pe care ei o consideră rațională și justificată. Ei pot fi cruzi și lipsiți de sentimentele corespunzătoare de culpă sau remușcare. Poate fi dificil de apreciat dacă remușcarea manifestată este genuină, deoarece acești indivizi învață că afirmarea culpei, poate reduce sau preveni pedepsirea. Indivizii cu această tulburare pot să-și denunțe ușor companionii și pot încerca să blameze pe alții pentru propiile lor delicte. Stima de sine este de regulă scăzută, deși persoana respectivă poate proiecta o imagine de „duritate". La alți indivizi, stima de sine măsurată poate fi foarte exagerată . Toleranța redusă la frustrare, iritabilitatea, accesele de furie și neglijența sunt elemente asociate frecvente. Rata accidentelor pare a fi mai crescută la indivizii cu tulburare de conduită decât la cei fără.

Tulburarea de conduită este asociată adesea cu un debut precoce al comportamentului sexual, al băutului, fumatului, uzului de substanțe ilegale și al actelor imprudente și riscante. Uzul de droguri ilegale poate crește riscul ca tulburarea de conduită să persiste. Comportamentele tulburării de conduită pot duce la întreruperea școlii sau la exmatriculare, la probleme în adaptare la muncă, la dificultăți legale, maladii transmise pe cale sexuală, sarcină nedorită, la leziuni corporale prin accidente sau bătăi. Aceste probleme pot împiedica urmarea cursurilor unei școli normale sau conviețuirea în casa parentală sau a părinților adoptivi. Ideația suicidară, tentativele de suicid și suicidul complet survin într-un procent mai mare decât cel expectat. Tulburarea de conduită poate fi asociată cu o inteligență mai joasă decât media, interesând în special QI verbală . Performanța școlară, în special la citit și în alte aptitudini verbale, este adesea sub nivelul expectat pe baza etății și inteligenței și poate justifica diagnosticul adițional de tulburare de învățare sau de comunicare. Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție este comună la copiii cu tulburare de conduită. Tulburarea de conduită poate fi, de asemenea, asociată cu una sau mai multe dintre următoarele tulburări mentale: tulburări de învățare, anxioase, afective și în legătură cu o substanță. Următorii factori pot predispune individul la dezvoltarea tulburării de conduită: respingerea și neglijarea parentală, temperamentul infantil dificil, metodele inadecvate de educare a copilului, cu disciplină severă, abuzul fizic sau sexual, lipsa de supraveghere, viața instituțională precoce, schimbări frecvente de infirmier, familie mare, istoricul de fumat al mamei în cursul sarcinii, respingerea de către egali, asocierea cu un grup de egali delincvenți, orientarea spre violență a cartierului și anumite tipuri de psihopatologie familială (de ex., tulburare de personalitate antisocială, dependența sau abuzul de o substanță ..

**Date de laborator asociate.** În unele studii, la indivizii cu tulburare de conduită, au fost notate un ritm cardiac și o conductanță cutanată mai reduse în comparație cu cei fără această tulburare. Cu toate acestea însă, nivelele de excitație fiziologică nu sunt specifice diagnostic pentru tulburare.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Au crescut temerile că diagnosticul de tulburare de conduită poate fi aplicat uneori în mod eronat unor indivizi în situații în care patternurile de comportament indezirabil sunt considerate uneori ca protectoare (de ex., amenințare, paupertate, delict grav). În conformitate cu definiția DSM-IV a tulburării mentale, diagnosticul

de tulburare de conduită trebuie să fie pus numai când comportamentul în chestiune este simptomatic de o disfuncție subiacentă în individ și nu pur și simplu o reacție la contextul social imediat. De asemenea, tinerii imigranți din țările devastate de război care au un trecut de comportamente agresive, care probabil au fost necesare pentru supraviețuirea lor în acel context, nu justifică în mod necesar diagnosticul de tulburare de conduită. Poate fi util pentru clinician să ia în considerație contextul economic și social în care au survenit comportamentele indezirabile.

Simptomele tulburării variază cu etatea, pe măsură ce individul dă semne de forță fizică, abilități cognitive și maturitate sexuală crescute. Comportamentele mai puțin severe (de ex., minciuna, furtul din magazine, bătăile) tind să apară primele, în timp ce altele (de ex., spargerile) tind să apară mai târziu. De regulă problemele de conduită cele mai severe (de ex., violul, furtul cu confruntare cu victima) tind să apară ultimele. Există însă mari diferențe între indivizi, unii angajându-se în cele mai prejudiciante comportamente la o etate mică (predictivă de un prognostic rău).

Tulburarea de conduită, în special tipul cu debut în copilărie, este mult mai frecventă la bărbați. Diferențe de sex sunt, de asemenea, reperate în tipurile specifice de probleme de conduită. Bărbații cu diagnosticul de tulburare de conduită se manifestă frecvent prin bătăi, furturi, vandalism și probleme de disciplină școlară. Femeile cu diagnosticul de tulburare de conduită se manifestă mai curând prin minciună, chiul, fugă, uz de o substanță și prostituție. În timp ce agresiunea confruntațională este mai frecvent manifestată de bărbați, femeile tind să uzeze mai mult de comportamente nonconfruntaționale.

## Prevalență

Prevalența tulburării de conduită pare a fi crescut mult în ultimele decade și este mai mare în mediul urban decât în mediul rural. Ratele variază larg în funcție de natura populației eșantionate și metodele de stabilire. Studiile pe populația generală raportează rate mergând de la mai puțin de 1% până la mai mult de 10%. Ratele de prevalență sunt mai mari la bărbați decât la femei. Tulburarea de conduită este una dintre condițiile cele mai frecvent diagnosticate la pacienții internați și ambulatori ai unităților de sănătate mentală pentru copii.

## Evoluție

Debutul tulburării de conduită poate surveni încă din anii preșcolari, dar primele simptome semnificative survin de regulă în cursul perioadei dintre mijlocul copilăriei și mijlocul adolescenței. Opozitionismul provocator este un precursor comun al tipului de tulburare de conduită cu debut în copilărie. Debutul este rar după etatea de 16 ani. Evoluția tulburării de conduită este variabilă. La majoritatea indivizilor, tulburarea se remite în perioada adultă. Cu toate acestea însă, o proporție substanțială continuă să prezinte în perioada adultă comportamente care satisfac criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială. Mulți indivizi cu tulburare de conduită, în special cei cu tipul cu debut în adolescență și cei cu simptome puține și mai ușoare, realizează o adaptare profesională și socială adecvată ca adulți. Debutul precoce prezice un prognostic rău și un risc crescut în viața adultă de tulburare de personalitate antisocială și de tulburări în legătură cu o substanță. Indivizii cu tulburare de conduită riscă pentru mai târziu tulburări afective sau anxioase, tulburări somatoforme și tulburări în legătură cu o substanță.

## Pattern familial

Estimările din studiile pe gemeni și adoptați arată că tulburarea de conduită are atât componente genetice, cât și de mediu. Riscul pentru tulburarea de conduită este crescut la copiii cu un părinte biologic sau adoptiv cu tulburare de personalitate antisocială ori cu un frate cu tulburare de conduită. De asemenea, tulburarea pare a fi mai frecventă la copiii părinților biologici cu dependență alcoolică, tulburări afective sau schizofrenie ori ai părinților care au un istoric de tulburare hiperactivitate/deficit de atenție sau de tulburare de conduită.

## Diagnostic diferențial

Cu toate că **tulburarea opozitionismul provocator** include unele din elementele observate în tulburarea de conduită (de ex., disobedientă și opoziție față de persoanele reprezentând autoritatea), ea nu include patternul persistent al formelor mai severe de comportament în care, fie drepturile fundamentale ale altora, ori normele sociale corespunzătoare etății sunt violate. Când patternul comportamental al individului satisface, atât criteriile pentru tulburarea de conduită, cât și pentru tulburarea opozitionismul provocator, diagnosticul de tulburare de conduită are prioritate, iar tulburarea opozitionismul provocator nu se diagnostichează.

Deși copiii cu **tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție** prezintă adesea un comportament hiperactiv și impulsiv care poate fi disruptiv, acest comportament prin sine nu violează normele sociale corespunzătoare etății și prin urmare nu satisface, de regulă, criteriile pentru tulburarea de conduită. Când sunt satisfăcute criteriile atât pentru tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, cât și pentru tulburarea de conduită, vor fi puse ambele diagnostice.

Iritabilitatea și problemele de conduită survin adesea la copiii sau adolescenții cu **tulburare afectivă** Acestea poate fi de regulă distinse de patternul problemelor de conduită întâlnite în tulburarea de conduită pe baza evoluției episodice și a simptomelor caracteristice de acompaniament ale tulburării afective. Dacă sunt satisfăcute criteriile pentru ambele, poate fi pus atât diagnosticul de tulburare de conduită, cât și diagnosticul de tulburare afectivă .

Diagnosticul de **tulburare de adaptare** (cu perturbare de conduită ori cu perturbare mixtă de emoții și conduită) trebuie luat în considerație, dacă probleme de conduită semnificative clinic și care nu satisfac criteriile pentru o altă tulburare specifică se dezvoltă în asociere clară cu debutul unui stresor psihosocial. Problemele izolate de conduită, care nu satisfac criteriile pentru tulburarea de conduită ori pentru tulburarea de adaptare, pot fi codificate drept **comportament antisocial al copilului sau adolescentului** (vezi „Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice", pag. 739). Tulburarea de conduită este diagnosticată, numai dacă problemele de conduită reprezintă un pattern repetitiv și persistent, care este asociat cu deteriorare în funcționarea socială, școlară sau profesională.

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea de Conduită

A. Un pattern repetitiv și persistent de comportament în care drepturile fundamentale ale altora ori normele sau regulile sociale corespunzătoare etății sunt violate, manifestat prin prezența a trei (sau a mai multe) dintre următoarele criterii în ultimele 12 luni, cu cel puțin un criteriu prezent în ultimele 6 luni:

**Agresiune față de oameni și animale**

(1) adesea tiranizează, amenință sau intimidează pe alții;
(2 inițiază adesea bătăi;
(3) a făcut uz de o armă care poate cauza o vătămare corporală serioasă altora (de ex., bâț, cărămidă, sticlă spartă, cuțit, armă de foc);

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea de Conduită *(continuare)*

(4) a fost crud fizic cu alți oameni;
(5) a fost crud fizic cu animalele;
(6) a furat cu confruntare cu victima (de ex., banditism, furt din poșete, estorcare, atac cu mâna armată);
(7) a forțat pe cineva la activitate sexuală;

**Distrugerea proprietății**
(8) s-a angajat deliberat în incendieri cu intenția de a cauza un prejudiciu serios;
(9) a distrus deliberat proprietatea altora (altfel decât prin incendiere).

**Fraudă sau furt**
(10) a intrat prin efracție în casa, dependințele sau autoturismul cuiva;
(11) minte adesea pentru a obține bunuri sau favoruri ori pentru a evita anumite obligații (adică, „escrochează" pe alții);
(12) a furat lucruri de valoare mare fără confruntare cu victima (de ex., furt din magazine, dar fără efracție; plastografie);

**Violări serioase ale regulilor**
(13) adesea lipsește de acasă noaptea în disprețul interdicției părinților, începând înainte de etatea de 13 ani,
(14) a fugit de acasă (noaptea) de cel puțin două ori în timp ce locuiește în casa părintească sau a substitutului parental (sau odată, fără a reveni acasă o lungă perioadă de timp),
(15) chiulește adesea de la școală, începând înainte de etatea 13 ani.

B. Perturbarea în comportament cauzează o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, școlară sau profesională.

C. Dacă individul este în etate de 18 ani sau mai mult, nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială.

*De codificat* pe baza etății la debut:
**312.81 Tulburare de conduită , tip cu debut în copilărie:** debutul a cel puțin un criteriu caracteristic tulburării de conduită înainte de etatea de 10 ani,
**312.82 Tulburare de conduită, tip cu debut în adolescență:** absența oricărui criteriu caracteristic tulburării de conduită înainte de etatea de 10 ani,
**312.89 Tulburare de conduită, debut nespecificat:** etatea la debut nu este cunoscută

*De specificat* severitatea:
**Ușoară**: puține, dacă nu chiar nici un fel de probleme de conduită în exces în raport cu cele cerute pentru a pune diagnnsticul, iar problemele de conduită cauzează numai un prejudiciu minor altora;
**Moderată**: numărul problemelor de conduită și efectul asupra altora, intermediar între „ușoară" și „severă";
**Severă**: multe probleme de conduită în exces în raport cu cele cerute pentru a pune diagnosticul ori problemele de conduită cauzează un prejudiciu considerabil altora.

---

Pentru indivizii peste 18 ani, diagnosticul de tulburare de conduită poate fi pus numai dacă nu sunt satisfăcute criteriile pentru **tulburarea de personalitate antisocială** . Diagnosticul de tulburare de personalitate antisocială nu poate fi pus indivizilor sub 18 ani.

# 313.81 Tulburarea Opoziționismul Provocator

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării opoziționismul provocator îl constituie un pattern recurent de comportament negativist, sfidător, disobedient și ostil față de persoanele reprezentând autoritatea, care persistă cel puțin 6 luni (criteriul A) și este caracterizat prin apariția frecventă a cel puțin patru din următoarele comportamente: pierderea cumpătului (criteriul A1), certuri cu adulții (criteriul A2), sfidarea sau refuzul activ de a se supune regulilor adulților (criteriul A3), comiterea deliberată a unor lucruri care vor supăra alți oameni (criteriul A4), blamarea altora pentru propriile sale erori sau purtare rea (criteriul A5), a fi susceptibil și ușor de agasat de către alții (criteriul A6), a fi coleros și plin de resentimente (criteriul A7) ori a fi ranchiunos și vindicativ (criteriul A8). Pentru a fi desemnate pentru tulburarea opoziționismul provocator, comportamentele trebuie să survină mai frecvent decât se observă de regulă la indivizii de etate și nivel de dezvoltare comparabile și trebuie să ducă la o deteriorare semnificativă în funcționarea socială, școlară sau profesională (criteriul B). Diagnosticul nu este pus dacă perturbarea în comportament survine exclusiv în cursul unei tulburări psihotice sau afective (criteriul C), ori dacă sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de conduită sau pentru tulburarea de personalitate antisocială (la un individ în etate de peste 18 ani).

Comportamentele negativiste și sfidătoare se manifestă prin obstinație persistentă, rezistență la îndrumări și refuzul de a face compromisuri, de a ceda ori de a negocia cu adulții sau egalii. Sfidarea poate include, de asemenea, testarea deliberată sau persistentă a limitelor toleranței, de regulă prin ignorarea ordinelor, ceartă și incapacitatea de a accepta blamul pentru relele comise. Ostilitatea poate fi îndreptată spre adulți sau egali și este manifestată prin enervarea deliberată a altora ori prin agresiune verbală (de regulă, fără agresiunea fizică serioasă văzută în tulburarea de conduită). Manifestările tulburării sunt aproape constant prezente acasă și pot să nu fie evidente la școală sau în comunitate. Simptomele tulburării sunt de regulă mai evidente în interacțiunile cu adulții sau cu egalii pe care individul îi cunoaște bine și ca atare pot să nu fie evidente în timpul examinării clinice. De regulă, indivizii cu această tulburare nu se consideră ei înșiși ca opoziționiști sau provocatori și își justifică comportamentul ca fiind un răspuns la cereri sau circumstanțe absurde.

## Elemente și tulburări asociate

Elementele și tulburările asociate variază în funcție de etatea individului și severitatea tulburării opoziționismul provocator. La bărbați, tulburarea s-a arătat a fi mai frecventă printre cei care în anii preșcolari au avut temperamente problematice (de ex., reactivitate crescută, dificultate în a fi calmați) sau activitate motorie crescută. În timpul anilor de școală, poate exista o stimă de sine scăzută, labilitate afectivă, toleranță scăzută la frustrare, licențiozitate, uz precoce de alcool, de tabac ori de droguri ilicite. Adesea există conflicte cu părinții, profesorii sau cu egalii. Poate exista un cerc vicios în care părintele și copilul arată tot ce este mai rău în fiecare. Tulburarea opoziționismul provocator este mai frecventă în familiile în care îngrijirea copilului este fărâmițată de o succesiune de infirmieri diferiți sau în

familiile în care metodele de educare a copilului, aspre, inadecvate sau neglijente, sunt frecvente. Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție este comună la copiii cu tulburarea opoziționismul provocator. De asemenea, tulburările de învățare și de comunicare tind a fi asociate cu tulburarea opoziționismul provocator.

## Elementele specifice etății și sexului

Deoarece comportamentul opozitionist tranzitor este foarte frecvent la copiii preșcolari și la adolescenți, se impune precauție în punerea diagnosticului de opoziționism provocator, mai ales în cursul acestor perioade ale dezvoltării. Numărul simptomelor de opoziționism tinde să crească cu etatea. Tulburarea este mai frecventă la bărbați decât la femei înainte de pubertate, dar ratele devin probabil egale după pubertate. Simptomele sunt în general similare la ambele sexe, cu excepția faptului că bărbații pot avea un comportament mai conflictual și simptome mai persistente.

## Prevalență

Au fost raportate rate ale tulburării opoziționismul provocator între 2% și 16%, în funcție de natura eșantionului populațional și metodele de stabilire.

## Evoluție

Tulburarea opoziționismul provocator devine evidentă de regulă înainte de etatea de 8 ani și în mod uzual nu mai târziu de începutul adolescenței. Simptomele de opoziționism apar adesea în mediul familiar, dar cu timpul apar și în alte locuri. Debutul este de regulă gradual, survenind habitual în decurs de luni sau ani. Într-o proporție semnificativă de cazuri, tulburarea opoziționismul provocator este un antecedent evolutiv al tulburăririi de conduită. Deși tulburarea de conduită, tipul cu debut în copilărie, este precedată adesea de opoziționismul provocator, mulți copii cu opoziționism provocator nu vor prezenta ulterior tulburarea de conduită .

## Pattern familial

Tulburarea opoziționismul provocator pare a fi mai frecventă în familiile în care cel puțin unul dintre părinți are un istoric de tulburare afectivă, opoziționism provocator, hiperactivitate/deficit de atenție, personalitate antisocială ori de tulburări în legătură cu o substanță. În afară de aceasta, unele studii sugerează că mamele cu tulburare depresivă sunt mai predispuse la a avea copii cu comportament opozitionist, însă nu este clar în ce măsură depresia maternă rezultă din, ori cauzează comportamentul opozitionist la copii. Tulburarea opoziționismul provocator este, de asemenea, mai frecventă în familiile în care există o discordie maritală serioasă.

## Diagnostic diferențial

Comportamentele disruptive ale indivizilor cu tulburarea opoziționismul provocator sunt de natură mai puțin severă decât cele ale indivizilor cu tulburare de conduită, și de regulă nu includ agresiunea față de oameni sau animale, distrugerea proprietății ori un pattern brigantesc sau defraudativ. Deoarece toate elementele tulburării opoziționismul provocator sunt de regulă prezente în tulburarea de

conduită, tulburarea opoziționismul provocator nu este diagnosticată, dacă sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de conduită. Comportamentul opoziționist este un element asociat comun al tulburărilor afective și al tulburărilor psihotice prezente la copii și la adolescenți și nu trebuie diagnosticat separat, dacă simptomele survin exclusiv în cursul unei tulburări afective sau psihotice. Comportamentele opoziționiste trebuie, de asemenea, distinse de comportamentul disruptiv care rezultă din inatenție și impulsivitate în tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție. Când cele două tulburări survin concomitent, trebuie puse ambele diagnostice. La indivizii cu retardare mentală, un diagnostic de tulburare opoziționism provocator este pus numai dacă comportamentul opoziționist este cu mult mai evident decât se observă la indivizii de etate, sex și severitate a retardării mentale comparabile.

Tulburarea opoziționismul provocator trebuie distinsă, de asemenea, de incapacitatea de a executa ordinele date, care este rezultatul deteriorării înțelegerii limbajului (de ex., pierderea auzului, tulburarea mixtă de limbaj receptiv și expresiv). Comportamentul opoziționist este un element tipic al anumitor stadii de dezvoltare (de ex., mica copilărie și adolescența). Un diagnostic de opoziționism provocator trebuie avut în vedere, numai dacă comportamentele survin mai frecvent și au consecințe mai serioase decât se observă de regulă la alți indivizi cu stadiu de dezvoltare comparabil și duc la o deteriorare importantă în funcționarea socială, școlară sau profesională. Debutul comportamentelor opoziționiste în adolescență poate fi datorat procesului de individuație normală.

## Criteriile de diagnostic pentru 313.81 Opoziționismul Provocator

A. Un pattern de comportament negativist, ostil și provocator care durează cel puțin 6 luni, în timpul cărora sunt prezente patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) adesea își pierde cumpătul;
(2) adesea se ceartă cu adulții;
(3) adesea sfidează sau refuză în mod activ să se conformeze cererilor sau regulilor adulților;
(4) adesea enervează în mod deliberat pe alții;
(5) adesea blamează pe alții pentru propriile sale erori sau purtare rea;
(6) adesea este susceptibil ori ușor de enervat de către alții;
(7) adesea este coleros și plin de resentimente;
(8) adesea este ranchiunos și vindicativ.

Notă: Un criteriu se consideră satisfăcut, numai dacă comportamentul survine mai frecvent decât se observă de regulă la indivizii de etate și nivel de dezvoltare comparabile.

B. Perturbarea în comportament cauzează o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, școlară și profesională.

C. Comportamentele nu survin exclusiv în cursul evoluției unei tulburări psihotice sau afective.

D. Nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de conduită, și dacă individul este în etate de 18 ani sau mai mult, nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială.

## 312.9 Tulburarea de Comportament Disruptiv Fără Altă Specificație

Această categorie este destinată tulburărilor caracterizate prin conduită sau comportamente opoziționist sfidă toare care nu satisfac criteriile pentru tulburarea de conduită sau pentru tulburarea opoziționismul provocator. De exemplu, include tablourile clinice care nu satisfac criteriile pentru tulburarea opoziționismul provacator ori pentru tulburaraa de conduită, dar în care există o deteriorare semnificativă clinic.

# Tulburările de Alimentare și de Comportament Alimentar ale Perioadei de Sugar sau Micii Copilării

Tulburările de alimentare și de comportament alimentar ale perioadei de sugar sau ale micii copilării se caracterizează prin perturbări frecvente de alimentare și de comportament alimentar. Tulburările specifice incluse sunt pica, ruminația și tulburarea de alimentare a perioadei de sugar și a micii copilării. De notat că anorexia nervoasă și bulimia nervoasă sunt incluse în secțiunea „Tulburările de comportament alimentar" (vezi pag. 583).

## 307.52 Pica

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al picii îl constituie mâncatul persistent de substanțe nonnutritive o perioadă de cel puțin o lună (criteriul A). Substanțele ingerate de regulă tind să varieze cu etatea. Sugarii și copiii mici mănâncă de regulă vopsea, plastic, sfoară, păr ori îmbrăcăminte. Copiii mai mari pot mânca excremente de animale, nisip, insecte, frunze, pietricele. Adolescenții sau adulții pot consuma argilă sau lut. Nu există aversiune față de mâncare. Acest comportament trebuie să fie inadecvat evolutiv (criteriul B), și nu o parte a unei practici sancționate cultural (criteriul C). Mâncarea de substanțe nonnutritive este un element asociat și altor tulburări mentale (de ex., tulburarea de dezvoltare pervasivă, retardarea mentală). Dacă comportamentul alimentar survine exclusiv în cursul altei tulburări mentale, un diagnostic separat de pica trebuie pus, numai dacă comportamentul alimentar este suficient de sever pentru a justifica o atenție clinică separată (criteriul D).

### Elemente și tulburări asociate

Pica este frecvent asociată cu retardarea mentală. Cu toate că în unele cazuri au fost descrise deficiențe vitaminice sau minerale, de regulă nu sunt constatate nici un fel de anomalii biologice specifice. În unele cazuri, pica atrage atenția clinică numai când individul prezintă vreuna din diversele complicații medicale generale care pot surveni (de ex., intoxicația cu plumb, ca rezultat al ingestiei de vopsea sau de plastic imprimat cu vopsea, probleme intestinale de natură mecanică, ocluzie intestinală ca rezultat al unor tumori cu gheme de păr, perforație intestinală ori infecții, precum toxoplasmoza și toxocariaza, ca rezultat al ingestiei de fecale sau

pământ). Paupertatea, neglijența, lipsa de supraveghere parentală și întârzierea în dezvoltare cresc riscul pentru această condiție.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

În unele culturi, a mânca pământ sau alte substanțe nonnutritive asemănătoare este considerată a fi o valoare. Pica este mai frecventă la copiii mici și, ocazional, la femeile gravide.

## Prevalență

Datele epidemiologice despre pica sunt limitate.Printre indivizii cu retardare mentală, prevalența tulburării pare a crește cu severitatea retardării (de ex., a fost raportată a fi de peste 15% la adulții cu retardare mentală severă).

## Evoluție

Pica poate debuta în perioada de sugar. În cele mai multe cazuri, tulburarea durează probabil mai multe luni și apoi se remite. Ocazional, se poate continua în adolescență ori, mai rar, în perioada adultă. La indivizii cu retardare mentală, comportamentul poate diminua în perioada adultă.

## Diagnostic diferențial

Înainte de etatea de 18-24 de luni, ducerea la gură și uneori mâncatul de substanțe nonnutritive sunt relativ frecvente și nu implică prezența picii. Pica este diagnosticată numai când comportamentul este considerat a fi persistent (adică, prezent timp de cel puțin o lună) și inadecvat, dat fiind nivelul de dezvoltare al individului. Mâncatul de substanțe nonnutritive poate surveni și în cursul altor tulburări mentale (de ex., în **tulburarea de dezvoltare pervasivă**, în **schizofrenie**, ca rezultat al convingerilor delirante, și în **sindromul Kleine-Levin**). În astfel de cazuri, un diagnostic adițional de pica trebuie pus numai dacă comportamentul alimentar este suficient de sever pentru a justifica o atenție clinică separată. Pica poate fi distinsă de **alte tulburări de alimentare** (de ex., ruminația, tulburarea de alimentare a perioadei de sugar și a micii copilării, anorexia nervoasă și bulimia nervoasă) prin consumul de substanțe nonnutritive.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.52 Pica

A. Mâncatul persistent de substanțe nonnutritive o perioadă de cel puțin o lună.

B. Mâncatul de substanțe nonnutritive este inadecvat nivelului de dezvoltare.

C. Comportamentul alimentar nu este o parte a unei practici sancționate cultural.

D. Dacă comportamentul alimentar survine exclusiv în cursul altei tulburări mentale (de ex., retardarea mentală , tulburarea de dezvoltare pervasivă , schizofrenia) acesta este suficient de sever pentru a justifica o atenție clinică separată.

## 307.53 Ruminația

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al ruminației este regurgitarea și remestecarea repetată a alimentelor, care apare la un sugar sau la un copil, după o perioadă de funcționare normală, și durează cel puțin o lună (criteriul A). Mâncarea, parțial digerată, este readusă în gură fără greață, efort de a voma, dezgust ori o tulburare gastrointestinală asociată. Mâncarea este apoi, fie ejectată din gură, fie, mai frecvent, mestecată și reînghițită. Simptomele nu se datorează unei condiții gastrointestinale ori altei condiții medicale generale asociate (de ex., sindrom Sandifer, reflux esofagian) (criteriul B) și nu survin exclusiv în cursul anorexiei nervoase ori al bulimiei nervoase). Dacă simptomele survin exclusiv în cursul retardării mentale sau al tulburării de dezvoltare pervasivă, ele trebuie să fie suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată (criteriul C). Tulburarea este observată cel mai frecvent la sugari, dar poate fi întâlnită și la indivizi mai în etate, în special la cei care au, de asemenea, retardare mentală. Sugarii cu această tulburare prezintă o poziție caracteristică de încordare și arcuire a spatelui, cu capul dat pe spate, fac mișcări de sucțiune și dau impresia că obțin satisfacție din această activitate.

### Elemente și tulburări asociate

Sugarii cu ruminație sunt în general iritabili și înfometați între episoadele de regurgitație. Cu toate că sugarul este evident înfometat și ingeră mari cantități de alimente, poate surveni malnutriția, din cauza regurgitării care urmează imediat după alimentare. Poate rezulta pierdere în greutate, incapacitatea de a lua în greutate atât cât este expectat și chiar moartea (cu rate de mortalitate raportate de peste 25%). Malnutriția pare a fi mai puțin probabilă la copiii mai mari și la adulți, la care tulburarea poate fi, fie continuă, fie episodică. Problemele psihosociale, cum ar fi lipsa de stimulare, neglijarea, situațiile stresante de viață și problemele în relația părinte copil pot fi factori predispozanți. Substimularea sugarului poate rezulta și dacă infirmierul se descurajează și se înstrăinează de copil din cauza experiențelor de alimentare infructuoase sau a mirosului neplăcut al materialului regurgitat. În unele cazuri se poate dezvolta, de asemenea, tulburarea de

## Prevalență

Din toate internările în spitalele pediatrice, 1%-5% sunt pentru distrofie și până la jumătate dintre acestea pot reprezenta perturbări de alimentare, fără vreo condiție medicală generală predispozantă evidentă. Date din eșantioane comunitare sugerează o prevalență punctuală în jur de 3% pentru distrofie.

## Evoluție

Frecvent, tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării își are debutul în primul an de viață, dar poate surveni și la etatea de 2-3 ani. Majoritatea copiilor prezintă o ameliorare după perioade variabile de timp, deși ei rămân mai scunzi și mai ușori până în adolescență în comparație cu copii care nu au prezentat distrofie.

## Diagnostic diferențial

Probleme minore în alimentare sunt frecvente în perioada de sugar. Diagnosticul de tulburare de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării trebuie să fie pus numai dacă problema de alimentare duce la o incapacitate semnificativă în a lua în greutate ori la pierdere în greutate. Această tulburare nu este diagnosticată, dacă perturbările de alimentare sunt explicate integral de o condiție gastrointestinală, endocrinologică sau neurologică. Copiii cu o condiție medicală generală subiacentă pot fi mai dificil de alimentat, iar diagnosticul de tulburare de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării trebuie pus în astfel de cazuri, numai dacă gradul de perturbare este de severitate mai mare decât ar fi de expectat pe baza condiției medicale generale, singure. Diagnosticul este sugerat dacă există o ameliorare în alimentare și un plus ponderal ca răspuns la schimbarea infirmierilor.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.59 Tulburarea de Alimentare a Perioadei de Sugar sau a Micii Copilării

A. Perturbare de alimentare manifestată prin incapacitatea persistentă de a mânca adecvat, cu incapacitatea semnificativă de a lua în greutate ori cu pierdere ponderală semnificativă în decurs de cel puțin o lună.

B. Perturbarea nu se datorează unei condiții gastrointestinale sau altei condiții medicale generale asociate (de ex., reflux esofagian).

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o altă tulburare mentală (de ex., ruminația) ori de lipsa de alimente adecvate.

D. Debutul survine înainte de etatea de 6 ani.

## Ticurile

În această secțiune sunt incluse patru tulburări: tulburarea Tourette, ticul motor sau vocal cronic, ticul tranzitor și ticul fără nici o altă specificație. Un tic este o mișcare motorie sau vocalizare, bruscă, rapidă, recurentă, nonritmică, stereotipă. Ticurile vocale sau motorii pot fi simple (implicând numai câțiva mușchi sau sunete simple) sau complexe (implicând mai multe grupe de mușchi recrutați în accese orchestrate sau în cuvinte și propoziții. Exemple de *ticuri motorii simple* sunt clipitul, corugația (încrețirea) nasului, iactația (scuturarea) capului, ridicatul din umeri, grimasele faciale și retracția abdomenului. Aceste ticuri durează de regulă mai puțin de câteva sute de milisecunde. *Ticurile motorii complexe* includ gesturi manuale, săritul, atinsul, apăsatul, mersul cu pași de dans, contorsiunile faciale, mirosirea repetată a unui obiect, ghemuitul, mersul cu picioarele îndoite, mersul înapoi, răsucitul în cursul mersului, luarea și menținerea unor posturi inuzuale (incluzând „ticurile distonice" cum ar fi ținerea gâtului într-o anumită poziție rigidă ). Aceste ticuri au o durată mai mare, câteva secunde sau chiar mai mult. Copropraxia (un tic brusc, similar unui gest vulgar, sexual sau obscen) și fenomenele în oglindă, cum ar fi ecopraxia (imitare spontană, involuntară a gesturilor cuiva) sunt ticuri motorii complexe.

*Ticurile vocale simple* sunt sunete fără sens cum ar fi dresul vocii, fornăitul, inspiratul și expiratul forțat de aer pe nas și șuieratul. *Ticurile vocale complexe* interesează vorbirea și limbajul și includ pronunțarea bruscă , spontană , a unui singur cuvânt sau fraze, blocarea vorbirii, modificări bruște și fără sens ale înălțimii vocii, accentului sau volumului vorbirii, palilalia (repetarea propriilor sunete sau cuvinte) și ecolalia (repetarea ultimelor sunete, cuvinte sau fraze auzite). Coprolalia este pronunțarea bruscă, inadecvată, a unor cuvinte sau fraze inacceptabile social și poate include obscenități ca și insulte cu specific etnic, rasial sau religios. Coprolalia este constatată în mai puțin de 10% dintre indivizii cu un tic.

În general, ticurile sunt experientate ca irezistibile, dar pot fi suprimate pentru perioade variabile de timp. Unii copii (și un adult ocazional) nu sunt conștienți de ticurile lor. Însă, odată cu dezvoltarea, multe persoane cu tic (dar nu toate) experientează o incitație premonitorie – o tensiune crescândă sau o senzație somatică într-o parte a corpului care precede ticul vocal sau motor și un sentiment de ușurare sau de reducere a tensiunii după efectuarea ticului. Indivizii cu ticuri pot simți că ticul se află între „voluntar" și „involuntar" prin aceea că adesea este experientat ca fiind anunțat de o tensiune sau necesitate corporală crescândă, similară cu tensiunea care precede un strănut sau cu necesitatea aproape irezistibilă de scărpinat în scabie. Un individ poate simți necesitatea de a efectua un tic complex într-un anumit mod sau în mod repetat până ce are sentimentul că ticul a fost făcut „așa cum trebuie". Numai după aceea individul experientează o reducere a anxietății sau tensiunii.

Ticurile sunt efectuate adesea în accese de unul sau mai multe ticuri; accesele sunt separate de perioade de nontic durând de la câteva secunde la câteva ore. În general, ticurile își modifică severitatea în decurs de câteva ore și în cursul unei zile (frecvența, forța și gradul ticurilor perturbă comportamentele în curs de desfășurare). Ticurile pot varia ca frecvență și disruptivitate în diverse contexte. De exemplu, copii și adulții sunt mai capabili să-și suprime ticurile când se află la școală , la serviciu sau în cabinetul medicului decât acasă . În general, ticurile diminuă sau

încetează în cursul somnului, dar cu toate acestea, unii indivizi prezintă ocazional ticuri în timp ce dorm sau se deșteaptă brusc din somn cu un tic. Ticurile sunt adesea mai frecvente când persoana se relaxează acasă (de ex., privește la televizor) și se reduc când individul se angajează într-o activitate dirijată care cere efort (de ex., citit sau cusut). Ticurile pot fi exacerbate în cursul perioadelor de stres, cum ar fi atunci când există presiuni mari la serviciu sau în cursul examinărilor.

## Diagnostic diferențial

Ticurile trebuie să fie distinse de alte tipuri de **mișcări anormale care pot acompania condiții medicale generale** (de ex., maladia Huntington, ictusul, sindromul Lesch-Nyhan, maladia Wilson, coreea Sydenham, scleroza multiplă, encefalita postvirală, traumatismul cranian) și de mișcările care se datorează **efectului direct al unei substanțe** (de ex., un medicament neuroleptic). Luarea în considerație a istoricului medical și familial, a morfologiei, ritmului și influențelor modificatoare ale mișcă rii poate ajuta la efectuarea unui diagnostic corect. **Coreea** este de regulă o mișcare simplă, casuală, neregulată și nonstereotipă, și care nu are o componentă premonitorie și se accentuează când persoana este distrasă. **Mișcările distonice** sunt mișcări lente, extinse, de torsiune, amestecate cu stări de tensiune musculară prelungită. **Mișcările atetoide** sunt mișcări de contorsiune, neregulate, lente, localizate cel mai frecvent la degetele mâinilor și picioarelor, dar care adesea pot interesa și gâtul. **Mișcările mioclonice** sunt contracții musculare scurte, asemănătoare șocului, care pot afecta părți ale mușchilor sau grupe de mușchi. Contrar ticurilor, mișcă rile mioclonice pot continua în cursul somnului. **Mișcările hemibalistice** sunt mișcări unilaterale, de mare amplitudine, grosiere și intermitente ale membrelor. **Spasmele** sunt mișcări prelungite, stereotipe implicând aceleași grupe de mușchi și care de regulă sunt mai lente, dar uneori mai rapide decât ticurile. **Spasmul hemifacial** constă din contracții neregulate, repetitive, unilaterale ale mușchilor faciali. **Sinkinezia** este o mișcare involuntară concomitentă cu un act voluntar specific (de ex., mișcări ale comisurii bucale, când persoana încearcă să închidă ochii).

Când ticurile sunt consecința fiziologică directă a uzului unui medicament, va trebui să fie diagnosticată **tulburarea de mișcare indusă de un medicament fără altă specificație**, în loc de tic (de ex., în cazurile foarte clare ticurile survin odată cu uzul unui medicament și încetează odată cu întreruperea medicamentului). În unele cazuri, anumite medicamente (de ex., stimulantele) pot exacerba un tic preexistent, eventualitate în care nu este necesar diagnosticul adițional de tulburare indusă de un medicament.

Ticurile trebuie distinse, de asemenea, de **tulburarea de mișcare stereotipă** și de stereotipiile din **tulburările de dezvoltare pervasivă**. Diferențierea ticurilor simple (de ex., clipitul) de mișcările complexe caracteristice mișcărilor stereotipe este relativ simplă. Distincția dintre ticurile motorii complexe și mișcările stereotipe este mai puțin netă. În general, mișcările stereotipe par a fi mai direcționate, ritmice, autostimulante sau alintă toare și intenționale, pe când ticurile au calitatea de a fi mai involuntare (deși unii indivizi descriu ticurile ca având o componentă voluntară ) și în general survin în accese sau grupuri temporale. Ticurile complexe pot fi dificil de distins de **compulsii** (ca în tulburarea obsesivo-compulsivă); efectuarea acestei distincții este dintre toate cea mai provocatoare, deoarece tulburarea obsesivo-compulsivă este frecventă la indivizii cu ticuri. Compulsiile sunt efectuate ca răspuns la o obsesie (de ex., spălatul mâinilor diminuă preocuparea pentru germeni)

sau conform unor reguli care trebuie să fie aplicate în mod rigid (de ex., necesitatea de a alinia lucrurile într-o anumită ordine). Compulsiile sunt de regulă mai elaborate decât ticurile și este foarte posibil ca acestea să amintească comportamentul „normal". În timp ce compulsiile sunt adesea, deși nu totdeauna, precedate de o aprehensiune sau neliniște persistentă, este foarte posibil ca ticurile să fie precedate de o tensiune „fizică " tranzitorie într-o parte a corpului (de ex., în mușchii nasului sau umărului sau în gât) care este redusă de tic. Când indivizii prezintă simptome, atât de tulburare obsesivo-compulsivă , cât și de tic (în special de tulburare Tourette), ambele diagnostice pot fi justificate. Anumite ticuri motorii sau vocale (de ex., lătratul, ecolalia, palilalia) trebuie să fie distinse de comportamentul dezorganizat sau catatonic din **schizofrenie.**

Ticurile pot fi distinse unele de altele pe baza duratei și tipului (de tic), precum și a etății la debut. **Ticul tranzitor** include ticuri motorii și/sau vocale cu o durată de cel puțin 4 săptămâni dar nu mai mult de 12 luni consecutive. **Tulburarea Tourette** și **ticul vocal sau motor cronic** au fiecare o durată de peste 12 luni, dar tulburarea Tourette cere să existe ticuri motorii multiple și cel puțin un tic vocal în cursul unei părți a acestei perioade. Adesea, diagnosticul se poate schimba cu timpul în cursul istoriei naturale a unui tic. De exemplu, în cursul primelor luni, un copil poate fi diagnosticat ca având tic tranzitor. După un an, din cauza apariției altor ticuri și a duratei mai mari a acestora, diagnosticul poate deveni tulburare Tourette. **Tic fără altă specificație** ar putea fi diagnosticul indicat pentru tablourile semnificative clinic cu o durată de mai puțin de 4 săptămâni, pentru tablourile clinice cu o etate la debut de peste 18 ani și, pentru cazul extrem de rar, al unui individ cu numai un singur tic motor și cu numai un singur tic vocal.

## 307.23 Tulburarea Tourette

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale tulburării Tourette le constituie ticurile motorii multiple și unul sau mai multe ticuri vocale (criteriul A). Acestea pot apare simultan sau la intervale diferite de timp în cursul maladiei. Ticurile survin în mod recurent de mai multe ori pe zi, de-a lungul unei perioade de mai mult de 1 an. În cursul acestei perioade, nu există nici un interval fără ticuri cu o durată mai mare de 3 luni consecutive (criteriul B). Debutul tulburării are loc înainte de etatea de 18 ani (criteriul C). Aceste ticuri nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., stimulantelor) sau unei condiții medicale generale (de ex., maladie Huntington, encefalită postvirală) (criteriul D).

Localizarea anatomică, numărul, frecvența, complexitatea și severitatea ticurilor se schimbă cu timpul. Ticurile simple și complexe pot afecta orice parte a corpului, inclusiv fața, capul, trunchiul și membrele superioare și inferioare. Ticurile motorii simple sunt contracții fă ră sens, rapide, ale unuia sau ale câtorva mușchi, cum ar fi clipitul. Ticurile motorii complexe implică atinsul, ghemuitul, mersul cu genunchii îndoiți, mersul înapoi și învârtitul în timpul mersului. Ticurile vocale includ diverse cuvinte sau sunete precum clicurile, murmurele, urletele, lătrăturile, inspirarea și expirarea forțată de aer pe nas și tușitul. Coprolalia, un tic vocal complex implicând pronunțarea de obscenități, este prezentă la puțini indivizi cu această tulburare (mai puțin de 10%) și nu este cerută pentru diagnosticul de tulburare Tourette.

La aproximativ jumătate dintre indivizii cu această tulburare, primele simptome care apar sunt accesele de un singur fel de tic, cel mai adesea de clipit. Mai rar, ticurile inițiale interesează alte părți ale feței sau corpului, cum ar fi grimasele faciale, iactația capului, protruzia limbii, inspirarea forțată de aer pe nas, săritul, săltatul, dresul vocii, blocări similare balbismului în fluența vorbirii sau pronunțarea de sunete sau cuvinte. Uneori tulburarea începe cu simptome multiple, apărând toate în același timp.

## Elemente și tulburări asociate

Cele mai comune simptome asociate ale tulburării Tourette sunt obsesiile și compulsiile. Hiperactivitatea, distractibilitatea și impulsivitatea sunt, de asemenea, relativ comune.Disconfortul social, rușinea, timiditatea, demoralizarea și tristețea survin frecvent. Ticurile vocale și motorii persistente pot cauza o gamă largă de detresă și deteriorare mergând de la nici una până la severă . Copiii mai mici, în special pot să nu aibă conștiința ticurilor lor, nu sunt detresați și nu prezintă deteriorare în nici o arie de funcționare. Un procent mare de copii, adolescenți și adulți cu tulburarea nu solicită atenție medicală pentru ticurile lor. La celălalt capăt al spectrului, există indivizi cu tulburare Tourette care sunt împovărați de ticuri vocale și motorii intrusive, recurente, intense și stigmatizante social.

Funcționarea socială, școlară sau profesională poate fi deteriorată din cauza rejecției de către alții ori a anxietății în legătură cu faptul de a avea ticuri în situații sociale. Simptomele de tic cronic pot cauza o detresă considerabilă și pot duce la izolare socială și la modificări de personalitate. În cazurile severe de tulburare Tourette, ticurile pot interfera direct cu activitățile cotidiene (de ex., cu conversația, cititul sau scrisul). Complicațiile rare ale tulburării Tourette includ vătămările corporale, cum ar fi orbirea datorată dezlipirii retinei (prin lovitul cu capul ori presarea ochilor în orbite), problemele ortopedice (prin îndoirea genunchilor, smucirea gâtului ori întoarcerea capului), problemele cutanate (prin pișcare sau lingerea buzelor) și sechelele neurologice (prin tulburare discală relatată la mulți ani de mișcări forțate ale gâtului). Severitatea ticurilor poate fi exacerbată prin administrarea de stimulante ale sistemului nervos central, cum ar fi cele utilizate în tratamentul tulburării hiperactivitate/deficit de atenție, cu toate că unii indivizi pot tolera aceste medicamente fără o exacerbare a ticurilor lor sau pot avea chiar o reducere a ticurilor lor. Tulburarea obsesivo-compulsivă și tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție apar adesea concomitent cu tulburarea Tourette. Problemele de atenție sau simptomatologia obsesivă poate preceda sau urma debutului ticurilor. Simptomele obsesivo-compulsive observate la indivizii cu tulburarea Tourette pot constitui un subtip specific de tulburare obsesivo-compulsivă. Acest subtip pare a fi caracterizat printr-o etate mai mică la debut, preponderența la bărbați, frecvența crescută a anumitor simptome obsesivo-compulsive (simptome mai agresive și o preocupare mai redusă pentru contaminare și acumulare) și un răspuns mai redus la farmacoterapia cu inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei. Comportamentul disruptiv, impulsivitatea și imaturitatea socială sunt elemente proeminente la acei copii și adolescenți care au, de asemenea, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție. Aceste elemente clinice pot interfera cu performanța școlară și relațiile interpersonale și duc la o deteriorare mai mare decât cea cauzată de tulburarea Tourette.

## Elemente specifice culturii și sexului

Tulburarea Tourette a fost larg descrisă în diverse grupuri rasiale și etnice. Deși în condiții clinice tulburarea este diagnosticată de trei până la cinci ori mai frecvent la bărbați decât la femei, rata sexului este probabil mai mică de 2:1 în eșantioanele comunitare.

## Prevalență

Prevalența tulburării Tourette este în legătură cu etatea. Sunt afectați mult mai mulți copii (5-30 la 10.000) decât adulții (1-2 la 10.000).

## Evoluție

Tulburarea Tourette poate surveni chiar la etatea de 2 ani, însă de regulă debutul său are loc în copilărie ori la începutul adolescenței și, prin definiție, înainte de etatea de 18 ani. Etatea medie la debut pentru ticurile motorii este de 6-7 ani. Tulburarea durează de regulă toată viața, dar pot surveni perioade de remisiune, durând de la câteva săptămâni la câțiva ani. În cele mai multe cazuri, severitatea, frecvența, disruptivitatea și variabilitatea simptomelor diminuă în cursul adolescenței și al perioadei adulte. În alte cazuri, simptomele dispar realmente în întregime, de regulă la începutul perioadei adulte. În câteva cazuri, simptomele se pot agrava în perioada adultă .

## Pattern familial

Vulnerabilitatea la tulburarea Tourette și la tulburările afine este transmisă în familii și pare a fi genetică. Modul de transmisie genetică nu este însă cunoscut. Studiile pedigriurilor sugerează că există gene de efect major. Deși unele studii mai vechi sugerau un pattern de transmisie corespunzător unui pattern autosomal dominant, alte studii sugerează un mod de transmisie mai complex. „Vulnerabilitatea" implică faptul că copilul primește baza genetică sau constituțională pentru dezvoltarea unui tic; tipul exact ori severitatea tulburării pot fi diferite de la o generație la alta și este modificat de factori nongenetici. Însă, nu oricine care moștenește vulnerabilitatea genetică va prezenta simptomele unui tic. Gama de forme în care poate fi exprimată vulnerabilitatea include tulburarea Tourette, ticul vocal sau motor cronic și unele forme de tulburare obsesivo-compulsivă. De asemenea, se pare că indivizii cu tulburarea Tourette prezintă un risc de morbiditate mare pentru tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție. La unii indivizi cu tulburare Tourette nu există nici o probă de pattern familial.

## Diagnostic diferențial

A se consulta secțiunea „diagnostic diferențial" pentru ticuri (pag. 110).

### Criteriile de diagnostic pentru 307.23 Tulburarea Tourette

A. Atât ticuri motorii multiple, cât și unul sau mai multe ticuri vocale au fost prezente la un moment dat în cursul maladiei, deși nu în mod necesar concomitent. (Un tic este o mișcare motorie ori o vocalizare bruscă, rapidă, recurentă, nonritmică, stereotipă).

B. Ticurile survin de mai multe ori pe zi (de regulă în accese), aproape în fiecare zi sau intermitent, de-a ungul unei perioade de mai mult de 1 an, iar în cursul acestei perioade nu a existat niciodată o perioadă fără ticuri de mai mult de 3 luni consecutive.

C. Debutul are loc înainte de etatea de 18 ani.

D. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., stimulante) ori unei condiții medicale generale (de ex., maladia Huntington ori encefalita postvirală).

## 307.22 Ticul Vocal sau Motor Cronic

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al ticului vocal sau motor cronic îl constituie prezența, fie a ticurilor motorii, *fie a* ticurilor vocale, dar *nu a ambelor* (criteriul A). Această tulburare diferă de tulburarea Tourette în care trebuie să existe ticuri motorii multiple și unul sau mai multe ticuri vocale. Celelălte elemente esențiale (criteriile B, C și D) sunt aceleași cu cele pentru tulburarea Tourette. Diagnosticul de tic vocal sau motor cronic nu poate fi pus, dacă au fost satisfăcute criteriile și pentru tulburarea Tourette (criteriul E). Celelalte caracteristici ale ticului vocal sau motor cronic sunt în general aceleași cu cele pentru tulburarea Tourette (vezi pag. 111), cu excepția faptului că simptomele și deteriorarea funcțională sunt de regulă mai reduse. Se pare că ticul vocal sau motor cronic și tulburarea Tourette sunt înrudite genetic, pentru că ele survin adesea în aceleași familii.

### Diagnostic diferențial

A se consulta secțiunea de „Diagnostic diferențial" pentru ticuri (pag.110).

### Criteriile de diagnostic pentru 307.22 Ticul Vocal sau Motor Cronic

A. Ticuri vocale sau motorii unice sau multiple (adică, vocalizări sau mișcări motorii stereotipe, bruște, rapide, recurente, nonritmice), dar nu ambele, au fost prezente la un moment dat în ncursul maladiei.

B. Ticurile survin de mai multe ori pe zi, aproape în fiecare zi sau intermitent o perioadă de mai mult de un an, iar în cursul acestei perioade nu a existat nici o dată o perioadă fără ticuri mai lungă de trei luni consecutive.

C. Debutul are loc înainte de etatea de 18 ani.

D. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., stimulante) sau unei condiții medicale generale (de ex., maladia Huntington sau encefalita postvirală).

E. Nu au fost satisfăcute niciodată criteriile pentru tulburarea Tourette:

## 307.21 Ticul Tranzitor

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al ticului tranzitor il constituie prezența unor ticuri vocale și/sau motorii, unice sau multiple (criteriul A). Ticurile survin de mai multe ori pe zi, aproape în fiecare zi, timp de cel puțin 4 săptămâni, dar nu mai mult de 12 luni consecutive (criteriul B). Celelalte elemente esențiale (criteriile C și D ) sunt aceleași cu cele ale tulburării Tourette. Ticul tranzitor nu este diagnosticat, dacă au fost satisfăcute cândva criteriile pentru tulburarea Tourette ori pentru ticul vocal sau motor cronic (ambele cerând o durată de cel puțin 1 an) (criteriul E). Celelalte caracteristici ale tulburării sunt în general aceleași cu cele ale tulburării Tourette (vezi pag.111), cu excepția faptului că severitatea simptomelor și deteriorarea funcțională sunt de regulă mai reduse.

### Specificanți

Evoluția ticului tranzitor poate fi indicată specificând **episod unic sau recurent.**

### Diagnostic diferențial

A se consulta secțiunea „Diagnostic diferențial" pentru ticuri (pag. 110).

### Criteriile de diagnostic pentru 307.21 Ticul Tranzitor

A. Ticuri vocale sau/și motorii unice sau multiple (adică , vocalizări sau mișcări motorii stereotipe, bruște, rapide, recurente, nonritmice).

B. Ticurile survin de mai multe ori pe zi, aproape în fiecare zi, timp de cel puțin patru săptămâni, dar nu pentru mai mult de 12 luni consecutive.

C. Debutul survine înainte de etatea de 18 ani.

D. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., stimulante) sau unei condiții medicale generale (de ex., maladia Huntington ori encefalita postvirală).

E. Nu au fost niciodată satisfăcute criteriile pentru tulburarea Tourette sau ticul motor sau vocal cronic.

*De specificat* dacă:

**Episod unic** sau **recurent**

## 307.20 Tic Fără Altă Specificație

Această categorie este destinată tulburărilor caracterizate prin ticuri care nu satisfac criteriile pentru un anumit tic. Exemplele includ ticurile durând mai puțin de 4 săptămâni sau ticurile cu debut după etatea de 18 ani.

# Tulburările de Eliminare

## Encoprezisul

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al encoprezisului îl constituie eliminarea repetată de fecale în locuri inadecvate (de ex, în pantaloni sau pe jos) (criteriul A). Cel mai adesea, aceasta este involuntară, dar, ocazional, poate fi și intenționată. Evenimentul trebuie să survină cel puțin odată pe lună, timp de cel puțin 3 luni (criteriul B), iar etatea cronologică a copilului trebuie să fie de cel puțin 4 ani (sau pentru copiii cu întârzieri în dezvoltare, o etate mentală de cel puțin 4 ani) (criteriul C). Incontinența de fecale nu trebuie să se datoreze exclusiv defectelor fiziologice ale unei substanțe (de ex. laxativelor) sau unei condiții medicale generale, cu excepția celei printr-un mecanism implicând constipația (criteriul D).

Când eliminarea de fecale este mai curând involuntară decât intențională, ea este adesea în legătură cu constipația, impactarea și retenția cu preaplin consecutiv. Constipația poate apare din motive de ordin psihologic (de ex., anxietate în legătură cu faptul de a defeca într-un anumit loc ori un pattern mai general de comportament anxios sau opoziționist) care duc la evitarea defecării. Predispozițiile

fiziologice la constipație includ scremutul ineficace sau mișcările de defecație paradoxale, cu contracția mai curând decât cu relaxarea sfincterului extern sau a planșeului pelvin în cursul sforțării de a defeca. Deshidratarea asociată cu o maladie febrilă, hipotiroidismul sau efectele secundare ale unui medicament pot, de asemenea, induce constipația. Odată ce constipația a apărut, aceasta poate fi complicată de o fisură anală, de defecație dureroasă și retenție de fecale consecutivă. Consistența scaunului poate varia. La unii indivizi, scaunul poate fi de consistență normală sau aproape normală. La alți indivizi, care au incontinență prin preaplin, secundară retenției de fecale, scaunul poate fi lichid.

## Subtipuri

Encoprezisul se codifică în conformitate cu subtipul care caracterizează tabloul clinic:

**787.6 Cu constipație și incontinență prin preaplin.** Există semne de constipație la examenul somatic (adică , prezența unei mari mase de fecale la examenul abdominal sau rectal) sau un istoric de frecvență a scaunelor de mai puțin de trei pe săptămână. Fecalele în incontinența prin prea plin sunt de regulă (dar nu în mod constant) puțin formate, iar pierderea de fecale poate merge de la rară, la continuă, survenind cel mai adesea în cursul zilei și mai rar în somn. Numai o mică parte din fecale este eliminată prin mersul la toaletă, iar incontinența se rezolvă după tratarea constipației.

**307.7 Fără constipație și incontinență prin preaplin.** Nu există probe de constipație la examenul somatic sau din istoric. Fecalele sunt, după cât se pare, normale ca formă și consistență, iar pierderea de fecale este intermitentă. Fecalele pot fi depozitate într-un loc ușor de remarcat. Acest tip este asociat de regulă cu prezența tulburării opoziționismul provocator sau a tulburării de conduită, sau poate fi consecința masturbării anale. Pierderea de fecale fără constipație pare a fi mai puțin frecventă decât pierderea de fecale cu constipație.

## Elemente și tulburări asociate

Copilul cu encoprezis se simte adesea rușinat și poate dori să evite situațiile care pot duce la punerea în dificultate (de ex., mersul în tabără ori la școală). Severitatea deteriorării este în funcție de efectul asupra stimei de sine a copilului, de gradul de ostracism social din partea egalilor, și de indignarea, pedeapsa și rejecția din partea infirmierilor. Pătarea cu fecale poate fi deliberată sau accidentală, rezultând din încercarea copilului de a se curăța de fecale sau de a ascunde fecalele eliminate involuntar. Când incontinența este clar deliberată, pot fi, de asemenea, prezente elemente ale tulburării opoziționismul provocator sau ale tulburării de conduită. Mulți copii cu encoprezis și constipație cronică sunt enuretici și pot avea asociate refluxul vezico-ureteral și infecții cronice ale tractului urinar care se pot remite cu tratament.

## Prevalență

Se estimează că aproximativ 1% dintre copiii în etate de 5 ani au encoprezis, iar tulburarea este mai frecventă la bărbați decât la femei.

## Evoluție

Encoprezisul nu se diagnostichează până ce copilul nu a atins etatea cronologică de cel puțin 4 ani (pentru copiii cu întârzieri în dezvoltare, o etate mentală de cel puțin 4 ani). Antrenamentul inadecvat și inconsecvent al mersului la toaletă și stresul psihosocial (de ex., intrarea la școală sau nașterea unui frate) pot fi factori predispozanți. Au fost descrise două tipuri de evoluție: un tip „primar", în care individul nu a stabilit niciodată continența de fecale, și un tip „secundar", în care perturbarea se dezvoltă după o perioadă de continență de fecale stabilită. Encoprezisul poate persista cu exacerbări intermitente timp de ani.

## Diagnostic diferențial

Un diagnostic de encoprezis, în prezența unei condiții medicale generale, este justificat numai dacă mecanismul implică constipația. Incontinența de fecale în legătură cu alte condiții medicale generale, (de ex., diareea cronică, spina bifida, stenoza anală ) nu trebuie să justifice un diagnostic DSM-IV de encoprezis.

### Criteriile de diagnostic pentru Encoprezis

A. Eliminarea repetată de fecale în locuri inadecvate (de ex., în pantaloni ori pe jos), fie că este involuntară sau intențională.

B. Un astfel de eveniment cel puțin odată pe lună, timp de cel puțin 3 luni.

C. Etatea cronologică este de cel puțin 4 ani (sau nivelul de dezvoltare echivalent).

D. Comportamentul nu se datorează exclusiv efectelor fizilogice directe ale unei substanțe (de ex., laxativelor) ori unei condiții medicale generale, exceptând cazul unui mecanism care implică constipația.

*A se codifica* după cum urmează:
**787.6 Cu constipație și incontinență prin preaplin**
**307.7 Fără constipație și incontinență prin preaplin**

# 307.6 Enurezisul (nedatorat unei condiții medicale generale)

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al enurezisului îl constituie eliminarea repetată de urină în timpul zilei sau al nopții, în pat sau în pantaloni (criteriul A). Cel mai adesea, aceasta este involuntară, dar, ocazional, poate fi și intențională. Pentru a desemna pentru diagnosticul de enurezis, eliminarea de urină trebuie să survină de cel puțin două ori pe săptămână, timp de cel puțin 3 luni, ori trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, școlar (profesional) ori în alte domenii importante funcționare (criteriul B). Individul trebuie să fi atins o etate la care este de așteptat să fie continent (de ex., etatea cronologică a copilului trebuie

să fie de cel puțin 5 ani ori, pentru copiii cu întârzieri în dezvoltare, o etate mentală de cel puțin 5 ani) (criteriul C). Incontinența urinară nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., diureticelor) ori unei condiții medicale generale (de ex., diabet, spina bifida, epilepsie) (criteriul D).

## Subtipuri

Situația în care survine enurezisul poate fi notată printr-unul din următoarele subtipuri:

**Exclusiv nocturn.** Acesta este subtipul cel mai comun și este definit ca emisie de urină exclusiv în timpul somnului nocturn. Evenimentul enuretic survine de regulă în prima treime a nopții. Ocazional, emisia de urină are loc în timpul stadiului de somn cu mișcări oculare rapide (REM), iar copilul își poate aminti un vis care implică actul micțiunii.

**Exclusiv diurn.** Acest subtip este definit ca eliminare de urină în timpul orelor de vigilitate. Enurezisul diurn este mai frecvent la femei decât la bărbați și este foarte rar după etatea de 9 ani. Indivizii cu enurezis diurn pot fi împărțiți în două grupe.Un grup cu „incontinență compulsivă "are enurezis caracterizat prin simptome de incitație bruscă și instabilitate a detrusorului la cistometrie. Alt grup, cu „evacuare amânată " amână în mod conștient impulsiunile de a urina până rezultă incontinența, cu amânări datorate uneori refuzului de a utiliza toaleta din cauza anxietății sociale sau a unei preocupări în legătură cu școala sau cu activitatea de joc. Acest ultim grup are un procent mare de simptome de comportament disruptiv. Evenimentul enuretic survine cel mai frecvent la începutul după amiezii, în zilele de școală.

**Nocturn și diurn.** Acest subtip este definit ca o combinație a celor două subtipuri de mai sus.

## Elemente și tulburări asociate

Severitatea deteriorării asociate cu enurezisul este în funcție de limitarea la copil a activităților sociale (de ex., nu acceptă să doarmă într-un camping) ori de efectul său asupra stimei de sine a copilului, gradul de ostracism din partea egalilor și indignarea, pedeapsa și rejecția din partea infirmierilor). Deși cei mai mulți copii cu enurezis nu au și o tulburare mentală coexistentă, prevalența simptomelor comportamentale coexistente este mai mare la copii cu enurezis decât la copii fă ră enurezis. Întârzierile în dezvoltare, incluzând vorbirea și limbajul, învă țarea și aptitudinile motorii, sunt, de asemenea, prezente la un număr de copii cu enurezis. Mai pot fi prezente encoprezisul, somnambulismul și teroarea de somn. Infecțiile tractului urinar sunt mai frecvente la copiii cu enurezis, mai ales la cei cu tipul diurn, decât la cei care sunt continenți. De regulă, enurezisul persistă după tratamentul adecvat al unei infecții asociate. Au fost sugerați un număr de factori predispozanți, incluzând antrenamentul întârziat sau lax al mersului la toaletă, stresul psihosocial, întârzierile în dezvoltarea ritmurilor circadiene normale de producere a urinii ducând la poliurie nocturnă sau anomalii ale sensibilită ții receptorilor centrali ai vasopresinei și capacitățile funcționale reduse ale vezicii urinare cu hiperreactivitate vezicală (sindromul de vezică instabilă ).

## Prevalență

Prevalența enurezisului este în jur de 5-10% printre copii de 5 ani, de 3-5% printre copii de 10 ani, și în jur de 1% printre indivizii în etate de 15 ani sau mai mari.

## Evoluție

Au fost descrise două tipuri de evoluție pentru enurezis: un tip „primar", în care individul nu a avut niciodată stabilită continența urinară și un tip „secundar", în care perturbarea se dezvoltă după o perioadă de continență urinară stabilită. Prin definiție, enurezisul primar începe la etatea 5 ani. Cea mai comună perioadă pentru debutul enurezisului secundar este cea dintre etățile de 5 și 8 ani, dar acesta poate surveni oricând. După etatea de 5 ani, procentul de remisiune spontană este cuprins între 5% și 10% pe an. Cei mai mulți copii cu tulburarea devin continenți la adolescență, dar în aproximativ 1% din cazuri tulburarea se continuă în perioada adultă.

## Pattern familial

Aproximativ 75% dintre toți copiii cu enurezis au o rudă biologică de gradul I care a avut această tulburare. Riscul de morbiditate pentru enurezis este de cinci până la șapte ori mai mare la descendenții unui părinte care a avut un istoric de enurezis. Concordanța pentru tulburare este mai mare la gemenii monozigoți decât la cei dizigoți. Cu toate că analizele de genetică moleculară au detectat asocieri cu diverși cromozomi, nu au fost identificate nici un fel de asocieri între linkajul la intervalul unui cromozom și tipul de enurezis.

## Diagnostic diferențial

Diagnosticul de enurezis nu se pune în prezența unei **vezici neurogenice** ori în prezența unei **condiții medicale generale care cauzează poliurie sau necesitea imperioasă de a urina** (de ex., diabetul zaharat sau diabetul insipid netratat) ori în cursul unei **infecții acute a tractului urinar.** Cu toate acestea însă, un diagnostic de enurezis este compatibil cu aceste condiții, dacă incontinența de urină a fost prezentă în mod regulat înaintea dezvoltării condiției medicale generale sau dacă enurezisul persistă după instituirea tratamentului adecvat.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.6 Enurezis

A. Emisiune repetată de urină în pat sau în pantaloni (fie involuntar, fie intenționat).

B. Comportamentul este semnificativ clinic, manifestându-se printr-o frecvență de două ori pe săptămâna, timp de cel puțin 3 luni consecutive, ori prin prezența unei detrese sau deteriorări semnificative clinic în domeniul social, școlar (profesional) ori în alte domenii importante de funcționare.

C. Etatea cronologică este de cel puțin 5 ani (sau nivelul de dezvoltare echivalent).

D. Comportamentul nu se datorează exclusiv efectului fiziologic direct al unei substanțe (de ex., un diuretic) ori unei condiții medicale generale (de ex., diabet, spina bifida, epilepsie).

*De specificat* tipul:

**Exclusiv nocturn**
**Exclusiv diurn**
**Nocturn și diurn**

## Alte Tulburări ale Perioadei de Sugar, Copilăriei sau Adolescenței

### 309.21 Anxietatea de Separare

#### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al anxietății de separare îl constituie anxietatea excesivă în legătură cu separarea de casă sau de cei de care persoana este atașată (criteriul B). Această anxietate depășește ceea ce este expectat de la nivelul de dezvoltare al individului. Perturbarea trebuie să dureze o perioadă de cel puțin 4 săptămâni (criteriul B), să înceapă înainte de etatea de 18 ani (criteriul C) și să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, școlar (profesional) ori în alte domenii importante de funcționare (criteriul D). Diagnosticul nu este pus dacă anxietatea survine exclusiv în cursul unei tulburări de dezvoltare pervasivă, al schizofreniei sau al altor tulburări psihotice, ori, la adolescenți sau la adulți, dacă anxietatea de separare este explicată mai bine de panica cu agorafobie (criteriul E).

Indivizii cu această tulburare pot experienta o detresă excesivă recurentă la separarea de casă sau de persoanale de atașament major (criteriul A1). Când sunt separați de persoanele de care sunt atașați, ei vor adesea să știe unde s-au dus acestea și vor să se afle în contact cu ele (de ex., prin telefon). Unii indivizi devin extrem de nostalgici și de neconsolați, mergând până la punctul de a fi nefericiți, când sunt departe de casă. Ei pot dori intens să se întoarcă acasă și pot fi preocupați

cu fantezii de reunire. Când sunt separați de persoanele de atașament major, acești indivizi sunt adesea preocupați de teama că persoanelor de care sunt atașați sau lor înșiși li se vor întâmpla accidente și maladii (criteriul A2). Copiii cu această tulburare își exprimă adesea frica de a nu fi pierduți și de a nu se mai reuni niciodată cu părinții lor (criteriul A3). Ei sunt adesea incomodați când călătoresc singuri departe de casă sau de alte locuri familiare și pot evita să meargă în aceste locuri din proprie inițiativă. De asemenea, pot fi refractari sau pot refuza să meargă la școală sau într-un camping, să viziteze sau să doarmă în casa amicilor lor ori să facă comisioane (criteriul A4). Acești copii pot fi incapabili să stea sau să meargă singuri prin cameră și pot prezenta un comportament „adeziv", stând strâns lipiți de părinți și urmărindu-i ca o „umbră" în jurul casei sau cerând cuiva să stea lângă ei când merg în altă cameră din casă (criteriul A5).

Copiii cu această tulburare au adesea dificultăți în mersul la culcare și pot insista ca să stea cineva lângă ei până adorm (criteriul A6). În cursul nopții, își pot face drum la patul părinților (ori al altei persoane importante, cum ar fi un frate); dacă intrarea în camera părinților este barată, ei pot dormi lângă ușa camerei acestora. Pot exista coșmaruri al căror conținut exprimă fricile individului (de ex., distrugerea familiei prin foc, crimă sau altă catastrofă) (criteriul A7). Când separarea survine ori este numai anticipată, sunt comune diverse acuze somatice, precum durerile de stomac, durerile de cap, greturile și vărsăturile (criteriul A8). Simptomele cardiovasculare, cum ar fi palpitațiile, amețeala și senzația de leșin, sunt rare la copiii mai mici, dar pot apare la indivizii mai în etate.

## Specificant

**Debut precoce.** Acest specificant poate fi utilizat pentru a indica debutul tulburării înainte de etatea de 6 ani.

## Elemente și tulburări mentale asociate

Copiii cu anxietate de separare tind a proveni din familii strâns unite. Când sunt separați de casă sau de persoanele de atașament major, ei pot prezenta în mod recurent izolare socială, apatie, tristețe ori dificultate în concentrare în activitate sau în joc. În funcție de etatea lor, indivizii pot avea frici de animale, de monștri, de întuneric, de bandiți, de hoți, de răpitorii de copii, de accidente de circulație, de călătorii cu avionul ori de alte situații care sunt percepute ca prezentând un pericol pentru integritatea familiei sau a lor înșiși. Sunt comune preocupările în legătură cu moartea și cu faptul de a muri. Refuzul de a merge la școală poate duce la dificultăți școlare și la evitare socială. Copiii se pot plânge de faptul că nimeni nu-i iubește și nu are grijă de ei, și că doresc să fie morți. Când sunt extrem de tulburați de eventualitatea separării, pot deveni coleroși sau, ocazional, lovesc cu pumnii pe cel care forțează separarea. Când sunt singuri, în special seara, copiii mici relatează experiențe perceptive insolite (de ex., văd oameni apărând în camera lor, creaturi oribile repezindu-se la ei, simt ochi care-i privesc). Copiii cu această tulburare sunt descriși adesea ca pretențioși, intrusivi și necesitând permanent atenție. Cererile excesive ale copilului devin adesea o sursă de frustrare parentală, ducând la resentimente și conflicte în familie. Uneori copiii cu această tulburare sunt descriși ca fiind extrem de conștiincioși, complianți, dornici să placă. Copiii pot avea diverse acuze somatice care duc la examinări somatice și proceduri medicale. Dispoziția depresivă este frecvent prezentă și poate deveni

persistentă cu timpul, justificând un diagnostic adițional de tulburare distimică sau de tulburare depresivă majoră. Tulburarea poate precede apariția panicii cu agorafobie. Comorbiditatea cu alte tulburări anxioase sunt frecvente, în special în condiții clinice.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Există variații culturale referitoare la gradul la care este considerată dezirabilă tolerarea separării. Este important de diferențiat anxietatea de separare de înalta valoare pe care unele culturi o pun pe interdependența puternică dintre membrii familiei.

Manifestările tulburării pot varia cu etatea. Copiii mai mici pot să nu-și exprime fricile specifice față de amenințări precise la adresa părinților, a casei sau a lor înșiși. Pe măsură ce copilul crește, temerile sau fricile sunt adesea de anumite pericole (de ex., răpire, atac banditesc). Anxietatea și anticiparea separării devin manifeste în perioada medie a copilăriei. Deși adolescenții cu această tulburare, în special bărbații, pot nega anxietatea în legătură cu separarea, aceasta se poate reflecta în activitatea lor independentă limitată și în refuzul de a pleca de acasă. La indivizii mai în etate, tulburarea poate limita capacitatea persoanei de a rezolva schimbările în circumstanțele sale de viață (de ex., mutare, căsătorie). Adulții cu această tulburare sunt de regulă excesiv de concentrați asupra copiilor și soțului (soției) și experientează un disconfort considerabil când sunt separați de ei. În eșantioanele clinice, tulburarea este, după cât se pare, la fel de frecventă la bărbați și la femei. În eșantioanele epidemiologice, tulburarea este mai frecventă la femei.

## Prevalență

Anxietatea de separare nu este rară; prevalența este estimată în medie la aproximativ 4% la copiii și adolescenții tineri. Prevalența anxietății de separare diminuă din copilărie spre adolescență .

## Evoluție

Anxietatea de separare poate apare după unele evenimente stresante (de ex., moartea unei rude sau a unui animal favorit, maladia unui copil sau a unei rude, schimbarea școlii, mutarea într-un cartier nou sau imigrarea). Debutul poate avea loc încă din perioada preșcolară, dar poate surveni oricând înainte de etatea de 18 ani, însă debutul după adolescență este rar. De regulă, există perioade de exacerbare și de remisiune. În unele cazuri, atât anxietatea în legătură cu o posibilă separare, cât și evitarea situațiilor implicând separarea (de ex., a merge mai departe la colegiu) pot persista timp de mai mulți ani. Majoritatea copiilor cu anxietate de separare însă nu prezintă tulburări anxioase deteriorante la studiile catamnestice extinse.

## Pattern familial

Anxietatea de separare este mai frecventă la rudele biologice de gradul I decât în populația generală și este relativ mai frecventă la copiii mamelor cu atacuri de panică.

## Diagnostic diferențial

Anxietatea de separare poate fi un element asociat al **tulburării de dezvoltare pervasivă**, al **schizofreniei** sau al **altor tulburări psihotice**. Dacă simptomele anxietății de separare apar exclusiv în cursul uneia dintre aceste tulburări, un diagnostic separat de anxietate de separare nu este pus. Anxietatea de separare se distinge de **anxietatea generalizată** prin aceea că anxietatea interesează în mod predominant separarea de casă și de persoanele de care este atașat. La copiii sau adolescenții cu anxietate de separare, amenințarea cu separarea poate duce la anxietate extremă și chiar la un atac de panică. Contrar panicii, anxietatea interesează separarea de persoanele de atașament ori de casă mai curând decât de a fi incapacitații de un atac de panică neașteptat. La adulți, anxietatea de separare este rară și nu trebuie pusă ca diagnostic adițional, dacă fricile de separare sunt explicate mai bine de agorafobia din **panica cu agorafobie** ori de **agorafobia fără istoric de panică**. Chiulul este frecvent în **tulburarea de conduită**, dar anxietatea în legătură cu separarea nu este responsabilă de absențele de la școală, iar copilul mai curând pleacă de acasă decât se întoarce acasă. Unele cazuri de refuz școlar, mai ales în adolescență, se datorează mai curând **fobiei sociale** sau **tulburărilor afective** decât anxietății de separare. Copii cu anxietate de separare pot fi opoziționiști în situațiile în care sunt forțați să se separe de persoanele de atașament. **Opoziționismul provocator** trebuie să fie diagnosticat numai dacă există comportament opoziționist alteori decât atunci când există anxietate de separare sau când separarea este anticipată . La fel, copii cu anxietate de separare pot deveni depresivi în timp ce sunt separați sau anticipează separarea. O tulburare depresivă trebuie diagnosticată numai dacă depresia survine alteori decât anxietatea de separare.

Contrar halucinațiilor din **tulburările psihotice**, experiențele perceptive insolite din anxietatea de separare se bazează de regulă pe perceperea eronată a unui stimul real și apar numai în anumite situații (de ex., în cursul nopții), și dispar în prezența unei persoane de care insul este atașat. Trebuie utilizată judecata clinică în distingerea **nivelelor de anxietate de separare corespunzătoare dezvoltării**, de preocupările semnificative clinic referitoare la separare, observate în anxietatea de separare.

## Criteriile de diagnostic pentru 309.21 Anxietatea de Separare

A. Anxietate excesivă și inadecvată evolutiv referitoare la separarea de casă sau de cei de care individul este atașat, evidențiată prin trei (sau mai multe) din următoarele:
   (1) detresă excesivă recurentă când survine sau este anticipată separarea de casă sau de persoanele de atașament major;
   (2) teamă excesivă și persistentă în legătură cu pierderea sau posibila vătămare care s-ar putea întâmpla persoanelor de atașament major;
   (3) teama excesivă și persistentă că un eveniment nefericit va duce la separarea de o persoană de atașament major (de ex., a fi pierdut ori a fi răpit);
   (4) opoziție sau refuz persistent de a merge la școală sau în altă parte din cauza fricii de separare;
   (5) teamă sau opoziție excesivă și persistentă la a rămâne acasă, singur sau fără persoanele de atașament major, ori în alte situații, fără adulți importanți;
   (6) opoziție sau refuz persistent de a merge la culcare, fără să fie alături o persoană de atașament major ori de a adormi departe de casă;
   (7) coșmaruri repetate implicând tema separării;
   (8) acuzarea repetată de simptome somatice (cum ar fi de durerile de cap, durerile de stomac, greața sau voma) când survine sau este anticipată separarea de persoanele de atașament major.

B. Durata perturbării este de cel puțin 4 săptămâni.

C. Debutul are loc înainte de etatea de 18 ani.

D. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, școlară (profesională) sau în alte domenii de funcționare importante.

E. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unei tulburări de dezvoltare pervasivă, al schizofreniei ori al altei tulburări psihotice și, la adolescenți și la adulți, nu este justificată mai bine de panica cu agorafobie.

*De specificat* dacă:

**Debut precoce:** dacă debutul survine înainte de etatea de 6 ani.

# 313.23 Mutismul Selectiv (*anterior*, Mutismul Electiv)

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al mutismului selectiv îl constituie incapacitatea persistentă de a vorbi în anumite situații sociale, (de ex., la școală, cu partenerii de joc), unde este de așteptat să vorbească, în disprețul faptului că vorbește în alte situații (criteriul A.). Perturbarea interferează cu performanța educațională sau profesională ori cu comunicarea socială (criteriul B). Perturbarea trebuie să dureze

cel puțin 1 lună, și nu este limitată la prima lună de școală (în cursul căreia mulți copii pot fi timizi și refuză să vorbească) (criteriul C). Mutismul selectiv nu trebuie diagnosticat, dacă incapacitatea individului de a vorbi se datorează numai unei lipse de cunoștințe sau acomodării cu limbajul vorbit, cerut în situația socială (criteriul D). De asemenea, acesta nu va fi diagnosticat, dacă perturbarea este explicată mai bine de jena în legătură cu faptul de a avea o tulburare de comunicare (de ex., balbism), ori dacă perturbarea survine exclusiv în cursul unei tulburări de dezvoltare pervasivă, al schizofreniei sau al altei tulburări psihotice (criteriul E). În loc să comunice prin verbalizarea standard, copiii cu această tulburare pot comunica prin gesturi, înclinând sau clătinând capul, trăgând sau împingând sau, în unele cazuri, vorbind monosilabic, scurt, monoton ori cu o voce schimbată.

## Elemente și tulburări asociate

Elementele asociate ale mutismului selectiv pot include timiditatea excesivă, frica de punere în dificultate în societate, izolarea și retragerea socială, adezivitatea, trăsăturile compulsive, negativismul, accesele coleroase, comportamentul de comandă sau opoziționist, mai ales acasă. Poate exista o deteriorare severă în activitatea socială sau școlară. Tachinarea sau punerea în postura de țap ispășitor de către egali este comună. Deși copiii cu această tulburare au, în general, aptitudini lingvistice normale, ocazional, poate fi asociată o tulburare de comunicare (de ex., tulburarea fonologică, tulburarea limbajului expresiv ori tulburarea mixtă de limbaj receptiv și expresiv), ori o condiție medicală generală, care cauzează anomalii de articulare. Tulburările anxioase (în special fobia socială), retardarea mentală, spitalizarea sau stresorii psihosociali extremi pot fi asociați cu tulburarea. În plus, în condiții clinice, copiilor cu mutism selectiv li se pune aproape totdeauna un diagnostic adițional de tulburare anxioasă (în special de fobie socială ).

## Elemente specifice culturii și sexului

Copiii imigranți, care sunt nefamiliarizați cu, ori incomodați de limba oficială din noua lor țară, pot refuza să vorbească străinilor în noul lor mediu. Acest comportament nu trebuie diagnosticat ca mutism selectiv. Mutismul selectiv este cu puțin mai frecvent la femei decât la bărbați.

## Prevalență

Mutismul selectiv este după cât se pare rar, fiind întâlnit în mai puțin de 1% dintre indivizii văzuți în unitățile de sănătate mentală.

## Evoluție

Debutul mutismului selectiv are loc de regulă înainte de etatea de 5 ani, dar perturbarea poate să nu atragă atenția clinică până la intrarea la școală. Deși perturbarea durează de regulă numai câteva luni, ea poate uneori persista mai mult timp și se poate chiar continua câțiva ani. În unele cazuri, în special în cele cu fobie socială severă , simptomele anxioase pot deveni cronice.

## Diagnostic diferențial

Mutismul selectiv trebuie să fie distins de perturbările de vorbire care sunt explicate mai bine de o **tulburare de comunicare**, cum ar fi **tulburarea fonologică, tulburarea de limbaj expresiv, tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv** ori de **balbism.** Contrar mutismului selectiv, perturbarea de limbaj în aceste condiții nu este restrânsă la o anumită situație socială. Copiii din familiile care au imigrat într-o țară în care este vorbită o limbă dferită, pot refuza să vorbească noua limbă din cauza **lipsei de cunoaștere a limbii**. Dacă înțelegerea noii limbi este adecvată, dar refuzul de a vorbi persistă, diagnosticul de mutism selectiv poate fi justificat. Indivizii cu o **tulburare de dezvoltare pervasivă, schizofrenie sau altă tulburare psihotică** ori cu **retardare mentală severă** pot avea probleme de comunicare socială și pot fi incapabili să vorbească în mod corespunzător în situații sociale. Din contra, mutismul selectiv trebuie diagnosticat numai la un copil care are stabilită capacitatea de a vorbi în unele situații sociale (de ex., acasă ). Anxietatea socială și evitarea socială din **fobia socială** pot fi asociate cu mutismul selectiv. În astfel de cazuri, pot fi puse ambele diagnostice.

### Criteriile de diagnostic pentru 313.23 Mutismul Selectiv

A. Incapacitate considerabilă de a vorbi în anumite situații sociale (în care există expectația de a vorbi, de ex., la școală) în disprețul faptului că insul vorbește în alte situații.

B. Perturbarea interferează cu performanța educațională sau profesională ori cu comunicarea socială.

C. Durata perturbării este de cel puțin 1 lună (dar nu limitată la prima lună de școală).

D. Incapacitatea de a vorbi nu se datorează lipsei de cunoaștere ori de acomodare cu limba vorbită cerută în situația socială.

E. Perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare de comunicare (de ex., balbismul) și nu survine exclusiv în cursul unei tulburări de dezvoltare pervasivă, schizofreniei ori al altei tulburări psihotice.

## 313.89 Tulburarea Reactivă de Atașament a Perioadei de Sugar sau a Micii Copilării

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării reactive de atașament îl constituie relaționarea socială inadecvată din punct de vedere evolutiv și marcat perturbată în cele mai multe contexte, și care începe înainte de etatea de 5 ani și este asociată cu o **îngrijire** flagrant patologică (criteriul A). Există două tipuri de tablouri clinice. În tipul inhibat, copilul este incapabil în mod persistent să inițieze și să răspundă la cele mai multe interacțiuni într-un mod corespunzător evolutiv. Copilul prezintă un pattern de răspunsuri excesiv de inhibate, hipervigilente și extrem de ambivalente (de ex.,

vigilența rece, rezistența la consolare ori un amestec de apropiere și de evitare) (criteriul A1). În tipul dezinhibat, există un pattern de atașamente difuze. Copiii prezintă o sociabilitate indiscriminativă sau o lipsă de selectivitate în alegerea persoanelor de atașament (criteriul A2). Perturbarea nu este explicată exclusiv de o întârziere în dezvoltare (ca în retardarea mentală) și nu satisface criteriile pentru tulburarea de dezvoltare pervasivă (criteriul B). Prin definiție, condiția este asociată cu o îngrijire flagrant patologică, și care poate lua forma unei desconsiderări persistente a necesităților emoționale fundamentale ale copilului pentru consolare, stimulare și afecțiune (criteriul C1); desconsiderarea persistentă a necesităților corporale fundamentale ale copilului (criteriul C2); ori schimbări repetate ale infirmierului principal, care previn formarea de atașamente stabile (de ex., schimbări frecvente de cămin) (criteriul C3). Îngrijirea patologică este considerată a fi responsabilă de relaționarea socială perturbată (criteriul D).

## Subtipuri

Tipul predominant de perturbare în relaționarea socială poate fi indicat prin specificarea unuia din următoarele subtipuri de tulburare reactivă de atașament:

**Tip inhibat.** În acest subtip, perturbarea predominantă este incapacitatea persistentă de a iniția și de a răspunde la cele mai multe interacțiuni sociale într-un mod corespunzător evolutiv.

**Tip dezinhibat.** Acest subtip este utilizat dacă perturbarea predominantă în relaționarea socială o constituie sociabilitatea indiscriminativă ori lipsa de selectivitate în alegerea persoanelor de atașament.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Anumite situații (de ex., spitalizarea prelungită a copilului, penuria extremă sau lipsa de experiență parentală) pot predispune la dezvoltarea îngrijirii patologice. Însă, îngrijirea flagrant patologică nu duce totdeauna la dezvoltarea tulburării reactive de atașament; unii copii pot forma atașamente stabile și relații sociale chiar în prezența unei neglijări sau abuz marcat. Neglijarea extremă —și în special îngrijirea instituțională, cu oportunități limitate de a forma atașamente selective—crește riscul de apariție a tulburării. Tulburarea reactivă de atașament poate fi asociată cu întârzieri în dezvoltare, cu tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării, cu pica ori cu ruminația.

**Date de laborator asociate.** Pot fi prezente date de laborator concordante cu malnutriția.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Examinarea somatică poate documenta condiții medicale generale asociate care sunt asociate cu neglijarea extremă (de ex., întârziere în creștere, probe de abuz fizic, malnutriție, carențe vitaminice sau maladii infecțioase).

## Prevalență

Datele epidemiologice sunt reduse, dar tulburarea reactivă de atașament pare a fi foarte rară.

## Evoluție

Debutul tulburării reactive de atașament are loc de regulă în primii câțiva ani de viață și, prin definiție, începe înainte de etatea de 5 ani. Evoluția pare a varia în funcție de factori individuali aparținând copilului și infirmierilor, severitatea și durata deprivării psihosociale asociate și natura intervenției. O ameliorare sau remisiune considerabilă poate surveni, dacă este oferită o ambianță suportivă adecvată. Altfel, tulburarea urmează o evoluție continuă. Sociabilitatea indiscriminativă poate persista chiar după ce copilul a dezvoltat atașamente selective.

## Diagnostic diferențial

În **retardarea mentală**, atașamentele adecvate față de infirmieri se dezvoltă de regulă în concordanță cu nivelul de dezvoltare generală a copilului, iar aceste atașamente sunt clar prezente când copilul a atins etatea mentală de 10 luni. Însă, unii sugari și copii mici cu retardare mentală severă pot prezenta probleme speciale pentru infirmieri și pot prezenta simptome caracteristice de tulburare reactivă de atașament. Tulburarea reactivă de atașament trebuie să fie diagnosticată numai dacă este clar că problemele caracteristice în formarea atașamentelor selective nu sunt o funcție a retardării.

Tulburarea reactivă de atașament trebuie să fie diferențiată de **tulburarea autistă** și de **alte tulburări de dezvoltare pervasivă**. În tulburările de dezvoltare pervasivă, atașamentele selective sunt, fie incapabile să se dezvolte, ori sunt extrem de deviante, dar aceasta survine de regulă în condițiile unui mediu psihosocial suportiv rezonabil. Tulburarea autistă și alte tulburări pervasive de dezvoltare sunt, de asemenea, caracterizate prin prezența unei deteriorări calitative în comunicare și patternuri de comportament restrictive, repetitive și stereotipe. Tulburarea reactivă de atașament nu este diagosticată, dacă sunt satisfăcute criteriile pentru o tulburare pervasivă de dezvoltare.

Tipul inhibat de tulburare reactivă de atașament trebuie să fie distins de **fobia socială**. În fobia socială, inhibiția socială este evidentă în situații sociale sau în anticiparea întâlnirilor sociale, dar nu survine cu infirmierii familiari în situații familiare. Comportamentul deviant social în tulburarea de atașament reactiv, inclusiv inhibiția, este evident dincolo de contextele sociale.

Tipul dezinhibat trebuie să fie distins de comportamentul impulsiv sau hiperactiv caracteristic **tulbură rii hiperacrtivitate/deficit de atenție.** În contrast cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, comportamentul dezinhibat din tulburarea reactivă de atașament este asociat de regulă cu a fi foarte familiar cu sau de a căuta consolare de la un infirmier adult nonfamiliar decât cu un comportament impulsiv în general.

Tulburarea reactivă de atașament trebuie să fie diferențiată de tulburările de comportament disruptiv, cum ar fi **tulburarea de conduită** si **tulburarea opozitionismul provocator.** Termenul de „psihopat lipsit de afecțiune" a fost utilizat pentru a descrie copii crescuți în condiții de limitare a oportunităților de a dezvolta atașamente selective (de ex., în instituții) și care au prezentat un pattern de comportament agresiv și antisocial, incapacitatea de a stabili relații durabile cu adulții și diverse simptome, cum sunt enurezisul și stereotipiile. Cu toate acestea, nu a fost stabilită o legătură directă între tulburarea reactivă de atașament și „psihopatia lipsită de afecțiune". Tulburările de atașament din primii ani pot crește riscul de comportament antisocial în ultima parte a copilăriei și adolescenței, dar

comportamentele antisociale nu sunt în mod necesar semne de tulburare reactivă de atașament. Îngrijirea flagrant patogenică este un element definitoriu al tulburării reactive de atașament. O consemnare adițională a maltratării copilului, a neglijării copilului ori a unei probleme relaționale părinte-copil poate fi justificată. Când îngrijirea flagrant patogenică nu duce la o perturbare marcată în relaționarea socială poate fi notată mai repede neglijarea copilului ori o problemă părinte-copil decât tulburarea reactivă de atașament.

## Criteriile de diagnostic pentru 313.89 Tulburarea Reactivă de Atașament a Perioadei de Sugar sau a Micii Copilării

A. Relaționare socială marcat perturbată și inadecvată evolutiv în cele mai multe contexte, începând înainte de etatea de 5 ani, manifestată, fie prin (1), fie prin (2):

(1) incapacitate persistentă de a iniția sau de a răspunde într-o manieră adecvată evolutiv la cele mai multe interacțiuni sociale, manifestată prin răspunsuri excesiv de inhibate, hipervigilente ori extrem de ambivalente și contradictorii (de ex., copilul poate răspunde infirmierilor printr-o mixtură de apropiere, evitare și rezistență la consolare, ori poate manifesta o vigilență rece);

(2) atașamente difuze manifestate prin sociabilitate indiscriminativă cu incapacitate marcată de a manifesta atașamente selective adecvate (de ex., familiaritate excesivă cu rudele străine sau lipsă de selectivitate în alegerea persoanelor de atașament).

B. Perturbarea de la criteriul A nu este explicată exclusiv prin întârziere în dezvoltare (ca în retardarea mentală) și nu satisface criteriile pentru o tulburare de dezvoltare pervasivă.

C. Îngrijire patogenică evidențiată prin cel puțin unul din următoarele:

(1) desconsiderare persistentă a necesităților emoționale fundamentale ale copilului pentru consolare, stimulare și afecțiune;

(2) desconsiderare persistentă a necesităților corporale fundamentale ale copilului;

(3) schimbări repetate ale îngrijitorului principal care previn formarea de atașamente stabile (de ex., schimbarea frecventă de cămin).

D. Există prezumția că îngrijirea de la criteriul C este responsabilă de comportamentul perturbat de la criteriul A (de ex., perturbările de la criteriul A sunt consecința îngrijirii patogenice de la criteriul C).

*De specificat* tipul:

**Tip inhibat:** dacă în tabloul clinic predomină criteriul A1

**Tip dezinhibat:** dacă în tabloul clinic predomină criteriul A2

# 307.3 Tulburarea de Mișcare Stereotipă (*anterior* Tulburarea Stereotipie/Habitudine)

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de mișcare stereotipă îl constituie comportamentul motor care este repetitiv, adesea aparent direcționat, și nonfuncțional (criteriul A). Acest comportament motor intererferează considerabil cu activitățile normale sau conduce la vătămări corporale autoprovocate care sunt suficient de semnificative pentru a necesita tratament medical (ori ar

putea duce la astfel de vătămări dacă nu sunt luate măsuri de protecție) (criteriul B). Dacă este prezentă retardarea mentală, comportamentul stereotip sau autovulnerant este suficient de sever pentru a deveni ținta tratamentului (criteriul C). Comportamentul nu este explicat mai bine de o compulsie (ca în tulburarea obsesivo-compulsivă), de un tic (ca în ticuri), de o stereotipie care este parte a unei tulburari de dezvoltare pervasivă, ori de smulgerea părului (ca în tricotilomanie) (criteriul D). De asemenea, comportamentul nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe ori unei condiții medicale generale (criteriul E). Comportamentele motorii trebuie să persiste cel puțin 4 săptămâni (criteriul F).

Mișcările stereotipe pot include făcutul cu mâna, balansatul, jucatul cu mâinile, mișcarea nervoasă a degetelor, învârtitul obiectelor, lovitul cu capul, mușcăturile autoprovocate, pișcarea pielii sau a orificiilor corpului, ori lovirea diverselor părți ale propriului corp. Uneori individul utilizează un obiect în efectuarea acestor comportamente. Comportamentele pot cauza leziuni tisulare permanente și invalidante, iar uneori pot periclita viața. De ex., lovitul sau bătutul sever cu capul poate duce la tăieturi, sângerare, infecție, detașare a retinei și la orbire.

## Specificanți

Clinicianul poate specifica **„cu comportament autovulnerant"**, dacă comportamentul duce la vătămare corporală care necesită un anumit tratament (sau care ar fi putut duce la vătămare corporală, dacă nu s-ar fi luat măsuri de protecție).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Individul (în special un individ cu sindrom Lesch-Nyhan) poate elabora metode de autoconstrângere pentru a încerca să-și controleze comportamentele autovulnerante (de ex., ține mâinile sub cămașă, în pantaloni sau în buzunare). Când autoconstrângerea este împiedicată, comportamentele revin. Dacă comportamentele sunt extreme ori repulsive altora, pot exista complicații psihosociale datorate excluderii individului din activitățile sociale și ale comunității. Tulburarea de mișcare stereotipă survine cel mai adesea în asociere cu retardarea mentală. Cu cât este mai severă retardarea, cu atât este mai mare riscul de comportamente autovulnerante. Tulburarea poate surveni, de asemenea, la indivizi fără întârziere în dezvoltare (de ex., la indivizii cu legănatul corpului asociat cu anxietatea generalizată ).

Această tulburare poate surveni, de asemenea, în asociere cu deficite senzoriale severe (cecitate și surditate) și poate fi mai frecventă în mediile instituționale în care individul primește insuficientă stimulare. Comportamentele autovulnerante survin în anumite condiții medicale generale asociate cu retardarea mentală (de ex.,

sindrom X fragil, sindrom Down, sindrom de Lange, și în special în sindromul Lesch-Nyhan, care este caracterizat prin mușcături autoprovocate severe).

**Date de laborator asociate.** Dacă există autovulnerare, datele de laborator vor reflecta natura și severitatea sa (de ex., poate fi prezentă anemia, dacă există o pierdere cronică de sânge printr-o sângerare rectală autoprovocată).

**Date de examinare somatică și condiții medicale generale asociate.** Pot fi prezente semne ale unor leziuni tisulare cronice (de ex., contuzii, semne de mușcături, tăieturi, escoriații, infecții cutanate, fisuri rectale, corpi străini în orificiile corpului, deteriorarea vederii datorată apăsării exercitate pe globii oculari sau cataractei traumatice și fracturi sau deformări osoase). În cazurile mai puțin severe, poate exista o iritație cronică a pielii sau indurații prin mușcături, pișcături, grataj ori murdărire cu salivă.

## Elemente specifice etății și sexului

Comportamentele autovulnerante survin la indivizi de orice etate. Există unele indicii că lovitul cu capul este mai frecvent la bărbați (în proporție de aproximativ 3:1), iar mușcătura autoprovocată este mai frecventă la femei.

## Prevalență

Există puține informații referitoare la prevalența tulburării de mișcare stereotipă. Estimările prevalenței comportamentelor autovulnerante la indivizii cu retardare mentală variază de la 2% și 3% la copiii și adolescenții trăind în comunitate, la aproximativ 25% la adulții cu retardare mentală severă sau profundă trăind în instituții.

## Evoluție

Nu există o etate sau un pattern de debut caracteristic pentru tulburarea de mișcare stereotipă. Debutul poate urma unui eveniment stresant. La indivizii care nu vorbesc, cu retardare mentală severă, mișcările stereotipe pot fi declanșate de o condiție medicală generală dureroasă (de ex., o infecție a urechii medii, ducând la lovirea cu capul). Mișcările stereotipe ating adesea apogeul în adolescență și apoi diminuă progresiv. Însă, mai ales la indivizii cu retardare mentală severă sau profundă, mișcările stereotipe pot persista ani de zile. Focarul acestor comportamente se schimbă adesea (de ex., o persoană se poate angaja în mușcatul mâinilor care poate diminua apoi, și să survină lovitul cu capul).

## Diagnostic diferențial

Mișcările stereotipe pot fi asociate cu **retardarea mentală**, în special la indivizii din medii nonstimulante. Tulburarea de mișcare stereotipă trebuie să fie diagnosticată, numai la indivizii la care comportamentul stereotip sau autovulnerant este suficient de sever pentru a deveni centrul tratamentului. Mișcările stereotipe repetitive sunt un element caracteristic al **tulburărilor de dezvoltare pervasivă**. Tulburarea de mișcare stereotipă nu este diagnosticată, dacă stereotipiile sunt explicate mai bine de o tulburare de dezvoltare pervasivă.

Compulsiunile din **tulburarea obsesivo-compulsivă** sunt în general mai complexe și mai rituale, și sunt efectuate ca răspuns la o obsesie ori conform unor reguli care trebuie să fie aplicate rigid. Diferențierea mișcărilor complexe caracteristice tulburării de mișcare stereotipă de **ticurile simple** (de ex., clipitul) este relativ simplă. Diagnosticul diferențial cu ticurile motorii complexe poate fi însă foarte dificil, date fiind similitudinile între cele două tulburări în termenii de intenționalitate, ritmicitate și direcționare.

În **tricotilomanie**, prin definiție, comportamentul repetitiv este limitat la smulgerea părului. Leziunile autoprovocate din tulburarea de mișcare stereotipă trebuie să fie distinse de **tulburarea factice cu semne și simptome predominant somatice**, în care motivația autovulnerării este asumarea rolului de pacient. **Automutilarea asociată cu anumite tulburări psihotice și tulburări de personalitate** este premeditată, complexă și sporadică și are un sens pentru individ în contextul tulburării mentale severe subiacente(de ex., este rezultatul gândirii delirante). **Mișcările involuntare asociate cu condiții neurologice** (cum ar fi maladia Huntington) urmează de regulă un pattern tipic, iar semnele și simptomele condiției neurologice sunt prezente. **Diskinezia tardivă** rezultă de regulă din uzul cronic de neuroleptice și constă din diskinezii orofaciale caracteristice sau, mai puțin frecvent, mișcă ri neregulate ale trunchiului și membrelor. În plus, aceste tipuri de mișcări nu duc la autovătămare directă .

**Comportamentele autostimulante corespunzătoare evoluției ale copiilor mici** (de ex., sugerea policelui, legănatul și lovitul cu capul) sunt de regulă autolimitate și duc rar la leziuni tisulare care necesită tratament. **Comportamentele autodirecționate la indivizii cu deficite senzoriale** (de ex., cecitate) sunt stereotipe și repetitive, dar de regulă nu duc la disfuncție sau la autovulnerare.

Mulți oameni se angajează în **comportamente repetitive din diverse motive** (încercări de a ameliora o aptitudine motorie, practici sancționate cultural). Contrar tulburării de mișcare stereotipă, aceste comportamente nu interferează cu activitățile normale și nu duc la autovulnerare.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.3 Tulburarea de Mișcare Stereotipă

A. Comportament motor repetitiv, aparent direcționat și nonfuncțional (de ex., strângerea sau fluturatul mâinilor, legănarea corpului, lovitul cu capul, apucarea obiectelor cu gura, mușcăturile autoprovocate, pișcarea tegumentelor sau a orificiilor corpului, lovirea propriului corp).

B. Comportamentul interferează considerabil cu activitățile normale ori duce la vătămări corporale autoprovocate care necesită tratament medical (sau ar duce la o vătămare, dacă nu s-au luat măsuri preventive).

C. Dacă este prezentă retardarea mentală, comportamentul stereotip sau autovulnerant este de suficient de sever pentru a deveni ținta tratamentului.

D. Comportamentul nu este explicat mai bine de o compulsie (ca în tulburarea obsesivocompulsivă), de un tic (ca în tic), de o stereotipie, care este parte a unei tulburări de dezvoltare pervasivă , ori de smulgerea părului (ca în tricotilomanie).

E. Comportamentul nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe ori unei condiții medicale generale.

F. Comportamentul persistă 4 săptămâni sau mai mult.

*De specificat* dacă:

**Cu comportament autovulnerant:** dacă comportamentul duce la o vătămare corporală care necesită un tratament specific (ori care ar putea duce la o vătămare corporală, dacă nu se iau măsuri de protecție).

## 313.9 Tulburare a Perioadei de Sugar, a Copilăriei sau Adolescenței Fără Altă Specificație

Această categorie este o categorie reziduală pentru tulburările cu debut în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență, care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare specifică din clasificare.

# Deliriumul, Demența, Tulburările Amnestice și Alte Tulburări Cognitive

Această secțiune include deliriumul, demența, tulburările amnestice și tulburările cognitive fără altă specificație. Perturbarea predominantă este un deficit semnificativ clinic în cunoaștere care reprezintă o modificare semnificativă de la nivelul anterior de funcționare. Pentru fiecare tulburare din această secțiune, etiologia o constituie, fie o condiție medicală generală (deși condiția medicală generală specifică poate să nu fie identificabilă), fie o substanță (adică, un drog de abuz, un medicament sau un toxic) ori o combinație a acestor factori.

În DSM-III-R, aceste tulburări erau plasate într-o secțiune intitulată „Sindrome și tulburări mentale organice". Termenul de *tulburare mentală organică* nu mai este utilizat în DSM-IV, deoarece el implică în mod incorect faptul că tulburările mentale „nonorganice" nu au o bază biologică. În DSM-IV, tulburările denumite anterior „tulburări mentale organice" au fost grupate în trei secțiuni: 1) Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive; 2) Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale; și 3) Tulburările în legătură cu o substanță.

**Deliriumul** este caracterizat printr-o perturbare a conștienței și o modificare în cunoaștere care se dezvoltă în cursul unei scurte perioade de timp. Tulburările incluse în secțiunea „Deliriumul" sunt menționate în conformitate cu etiologia presupusă: delirium datorat unei condiții medicale generale, delirium indus de o substanță (adică, datorat unui drog de abuz, unui medicament ori expunerii la un toxic), delirium datorat unor etiologii multiple, ori delirium fără altă specificație (dacă etiologia este neprecizată).

**Demența** este caracterizată prin deficite cognitive multiple care includ deteriorarea memoriei. Demențele sunt, de asemenea, menționate în conformitate cu etiologia presupusă: demență de tip Alzheimer, demență vasculară, demență datorată altor condiții medicale generale (de ex., maladia produsă de virusul imunodeficienței umane [HIV], traumatismul cranian, maladia Parkinson, maladia Huntington), demență persistentă indusă de o substanță (adică, datorată unui drog de abuz, unui medicament sau expunerii la un toxic), demență datorată unor etiologii multiple ori demența fără altă specificație (dacă etiologia este neprecizată).

**Tulburare amnestică** este caracterizată prin deteriorarea memoriei în absența altor deteriorări cognitive semnificative. Tulburările din secțiunea „Tulburările amnestice" sunt, de asemenea, menționate în conformitate cu etiologia presupusă: tulburare amnestică datorată unei condiții medicale generale, tulburare amnestică persistentă indusă de o substanță ori tulburare amnestică fără altă specificație.

**Tulburarea cognitivă fără altă specificație** este rezervată tablourilor clinice care sunt caracterizate printr-o disfuncție cognitivă presupusă a fi datorată, fie unei

condiții medicale generale, fie uzului unei substanțe, și care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre tulburările menționate în altă parte în această secțiune.

Este prevăzut un text introductiv care discută elementelor generale ale fiecărui grup de tulburări, cu excepția etiologiei. Acesta este urmat de textul și criteriile pentru fiecare tulburare cu etiologie specifică.

## Deliriumul

Tulburările din secțiunea „Deliriumul" au în comun prezentarea de simptome ale unei perturbări a conștienței și cunoașterii, dar se diferențiază pe baza etiologiei: **delirium datorat unei condiții medicale generale, delirium indus de o substanță** (inclusiv efectele secundare ale unui medicament) și **delirium datorat unor etiologii multiple**. Pe lângă acestea, în această secțiune mai este inclus **deliriumul fără altă specificație**, pentru tablourile clinice în care clinicianul este incapabil să precizeze o etiologie specifică pentru delirium.

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al deliriumului îl constituie o perturbare a conștienței care este acompaniată de o modificare în cunoaștere care nu poate fi explicată mai bine de o demență preexistentă ori în curs de dezvoltare. Perturbarea se dezvoltă în decursul unei scurte perioade de timp, de regulă în câteva ore sau zile, și tinde să fluctueze în cursul zilei. Din istoric, examenul somatic ori testele de laborator rezultă că deliriumul este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale, a unei intoxicații sau abstinențe de o substanță, a uzului unui medicament ori a expunerii la un toxic sau a unei combinații a acestor factori.

Perturbarea conștienței se manifestă printr-o claritate redusă a conștienței ambianței. Capacitatea de a focaliza, susține ori deplasa atenția este deteriorată (criteriul A). Întrebările trebuie repetate, deoarece atenția individului este eratică ori individul persevereză în răspunsul dat la întrebarea anterioară, în loc să-și deplaseze în mod adecvat atenția. Persoana este ușor de distras de stimuli irelevanți. Din cauza acestor probleme poate fi dificil (sau imposibil) ca persoana să poată fi angajată într-o conversație.

Există o modificare acompaniantă în cunoaștere (care poate include deteriorarea memoriei, dezorientarea ori perturbarea limbajului) ori dezvoltarea unei perturbări de percepție (criteriul B). Deteriorarea memoriei este evidentă cel mai frecvent în memoria recentă și poate fi testată cerând persoanei să rețină denumirea unor obiecte fără legătură între ele ori o propoziție scurtă, și apoi să le repete după câteva minute de distragere a atenției. Dezorientarea se manifestă de regulă prin dezorientarea în timp a individului (de ex., crede că este dimineață, la miezul nopții) ori prin dezorientarea în loc (spațiu) (de ex., subiectul crede că se află acasă, mai curând decât în spital). În deliriumul ușor, dezorientarea în timp poate fi primul simptom care apare. Dezorientarea la propria persoană este mai puțin frecventă. Perturbarea vorbirii sau a limbajului se poate prezenta ca dizartrie (adică, deteriorarea capacității de articulare a cuvintelor), disnomie (adică, deteriorarea capacității de a denumi obiectele), disgrafie (adică, deteriorarea capacității de a scrie) sau chiar afazie. În unele cazuri, vorbirea este divagantă și irelevantă, în altele, accelerată și incoerentă, cu treceri imprevizibile de la un

subiect la altul. Pentru clinician, poate fi dificil să aprecieze modificările în activitatea cognitivă, deoarece individul poate fi inatent și incoerent. În aceste circumstanțe, este util să se revadă cu atenție istoricul individului și să se obțină informații de la alți informatori, în special de la membri familiei.

Perturbările perceptive pot include interpretări eronate, iluzii sau halucinații. De exemplu, bătutul în ușă poate fi luat în mod eronat drept un foc de armă (interpretare eronată); pliurile păturii de pe pat pot pare a fi obiecte animate (iluzie); ori persoana poate „vedea" un grup de oameni plutind deasupra patului, când în realitate nu există nici unul (halucinație). Deși percepțiile senzoriale eronate sunt cel mai frecvent vizuale, ele pot surveni la fel de bine și în alte modalități senzoriale, de exemplu, auditivă, tactilă, gustativă și olfactivă.. Percepțiile eronate merg de la simple și uniforme la extrem de complexe. Individul poate avea convingerea delirantă a realității halucinațiilor și prezintă răspunsuri emoționale și comportamentale în concordanță cu conținutul acestora.

Perturbarea se dezvoltă în decursul unei scurte perioade de timp și tinde să fluctueze în cursul zilei (criteriul C). De ex., dimineața, în timpul vizitelor, persoana poate fi coerentă și cooperantă, iar noaptea poate insista să-și smulgă perfuzorul și să meargă acasă la părinți, care au decedat cu ani în urmă.

## Elemente și tulburări asociate

Deliriumul este asociat adesea cu o perturbare a ciclului somn-vigilitate. Această perturbare poate include somnolență diurnă sau agitație nocturnă și dificultate în a adormi, ori somnolență excesivă în cursul zilei sau vigilitate în cursul nopții. În unele cazuri, poate surveni inversarea completă a ciclului somn-vigilitate, noapte-zi. Deliriumul este acompaniat frecvent de un comportament psihomotor perturbat. Mulți indivizi cu delirium sunt neliniștiți sau hiperactivi. Manifestările de activitate psihomotorie crescută pot include pipăirea și pișcarea lenjeriei de pat, încercarea de a se da jos din pat, când aceasta este încă periculos sau prematur, și mișcări bruște. Pe de altă parte, individul poate prezenta o activitate psihomotorie redusă, cu lentoare și letargie, care se apropie de stupor. Activitatea psihomotorie poate trece de la o extremă la alta în cursul unei zile. În timp ce este hiperactiv individul poate prezenta halucinații, idei delirante și agitație, pe când în stările de hipoactivitate este puțin probabil că va prezenta așa ceva. Nivele comparabile de deteriorare cognitivă au fost observate atât în stările de hiperactivitate, cât și în cele de hipoactivitate.

Individul poate prezenta perturbări emoționale, ca de ex., anxietate, frică, depresie, iritabilitate, furie, euforie și apatie. Pot exista treceri rapide și imprevizibile de la o stare emoțională la alta, deși unii indivizi cu delirium au un tonus emoțional constant. Frica însoțește adesea halucinațiile amenințătoare sau ideile delirante tranzitorii. Dacă frica este intensă, persoana poate ataca pe cei care sunt fals percepuți ca amenințători. Se pot produce vătămări prin căderea din pat ori prin încercarea de a scăpa, în timp ce este atașat la perfuzoare, tuburi respiratorii, catetere urinare ori alt echipament medical. Starea emoțională perturbată se poate evidenția, de asemenea, prin strigăte, vaiete, înjurături, murmure, gemete ori alte sunete. Aceste comportamente sunt prezente mai frecvent noaptea și în condițiile în care lipsesc stimularea și reperele (semnalele) ambientale. Deteriorarea judecății poate interfera cu tratamentul medical specific. În funcție de etiologie, deliriumul poate fi asociat cu un număr de anomalii

neurologice nespecifice, cum ar fi tremorul, mioclonusul, asterixisul și modificările de reflexe și tonus muscular.

Pe lângă datele de laborator care sunt caracteristice condițiilor medicale (ori stărilor de intoxicație sau de abstinență) etiologice sau asociate, EEG este de regulă anormală, prezentând o activitate generalizată lentă. Activitatea rapidă este constatată ocazional, de exemplu, în unele cazuri de delirium prin abstinență alcoolică.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Fondul cultural și educațional trebuie luate în considerație în evaluarea capacității mentale a unui individ. Indivizii din anumite medii pot să nu fie familiarizați cu informația utilizată în anumite teste de cunoștințe generale (de ex., numele președinților, cunoștințe geografice), de memorie (de ex., data nașterii în culturile care nu celebrează curent data nașterii), de orientare (de ex., simțul plasării și localizării poate fi conceput diferit în unele culturi).

Copiii pot fi mai susceptibili la delirium decât adulții (alții decât bătrânii), în special când acesta este în legătură cu o maladie febrilă și cu anumite medicamente (de ex., anticolinergicele). Aceasta se datorează, poate, dezvoltării imature a creierului și diferențelor fiziologice. La copii, deliriumul poate fi luat, în mod eronat, drept comportament necooperant, iar obținerea semnelor cognitive distinctive poate fi dificilă. Dacă persoanele familiare nu pot calma copilul, acest fapt poate fi sugestiv de delirium. Bătrânii sunt, de asemenea, extrem de susceptibili la delirium în comparație cu adulții mai tineri, poate din cauza diferențelor fiziologice. Avansarea în etate la adulți este asociată cu rate înalte de delirium, chiar după combaterea factorilor de risc. Sexul masculin pare a fi un factor de risc independent pentru delirium la indivizii mai în etate.

## Prevalență

Prevalența punctuală a deliriumului în populația generală este de 0,4% la adulții în etate de 18 ani și mai mari și de 1,1% la cei în etate de 55 ani și mai mult. Prevalența punctuală a deliriumului la pacienții spitalizați în secțiile de interne variază între 10% și 30%. La bătrânii spitalizați este raportat că 10%-15% prezintă delirium la internare, iar 10%-40% pot fi diagnosticați cu delirium în timpul spitalizării. Până la 60% dintre rezidenții căminelor în etate de 75 ani sau mai mult se pot afla în delirium în orice moment. Nu mai puțin de 25% dintre pacienții spitalizați pentru cancer și 30%-40% dintre pacienții spitalizați pentru SIDA prezintă delirium în cursul spitalizării. Până la 80% dintre cei cu stări terminale prezintă delirium în aproape de moarte. Rata deliriumului la acești indivizi depinde în mare măsură de natura condiției lor medicale generale (asociate) și a procedeelor chirurgicale asociate.

## Evoluție

Simptomele deliriumului se dezvoltă de regulă în decurs de câteva ore până la câteva zile, deși în unele cazuri (de ex., după un traumatism cranian) poate începe brusc. De regulă simptomele prodromale, cum ar fi neliniștea, anxietatea, iritabilitatea, dezorientarea, distractibilitatea sau perturbarea somnului, progresează spre deliriumul deplin constituit în decursul unei perioade de 1 până la 3 zile.

Deliriumul se poate rezolva în decurs de câteva ore până la câteva zile, sau simptomele pot persista timp de săptămâni sau luni, în special la indivizii în etate cu o demență coexistentă. Dacă factorul etiologic subiacent este corectat prompt sau este autolimitat, este posibil ca recuperarea să fie completă și mai rapidă. Indivizii cu o funcționare somatică și cognitivă premorbidă mai bună se recuperează mai bine din delirium. Cei cu episoade anterioare de delirium pot prezenta un risc crescut de simptome recurente.

În timp ce majoritatea indivizilor se recuperează complet, la unii deliriumul poate progresa în stupor, comă, convulsii sau moarte, în special dacă nu este tratată cauza subiacentă. Recuperarea completă este puțin probabilă la bătrâni, cu procente estimate de recuperare completă la externare variind de la 4% la 40%. Multe simptome nu se rezolvă în decurs de 3-6 luni de la externare. Deficitele cognitive persistente sunt, de asemenea, prezente la indivizii mai în etate care se recuperează din delirium, însă astfel de deficite se pot datora unei demențe prexistente care nu a fost apreciată coerect. Faptul de a fi internat în spital de acasă (ca opus internării dintr-o unitate instituțională) este corelat cu o rată mai mare de ameliorare a stării mentale.

Deliriumul la pacienții medicali este asociat cu o morbiditate semnificativă. Pacienții medicali cu delirium, în special bătrânii, au un risc semnificativ crescut de complicații medicale, cum ar fi pneumonia și ulcerele de decubit, care duc la internări de lungă durată în spital. Deliriumul este asociat, de asemenea, cu un declin funcțional și risc de plasament instituțional crescut. Pacienții spitalizați cu delirium, în etate de 65 ani sau mai mult, prezintă un risc de plasament în cămine spital și un declin funcțional de trei ori mai mare decât pacienții spitalizați fără delirium, atât la externare, cât și la trei luni după aceea. La pacienții postoperatori, deliriumul este un indiciu de recuperare limitată și de deznodământ nefavorabil pe termen lung și este asociat adesea cu un risc crescut de complicații postoperatorii, cu perioade de recuperare postoperatorie mai lungi, cu internări de durată în spital și cu o invaliditate pe termen lung crescută.

Deliriumul la pacienții medicali este asociat cu o mortalitate crescută. Indivizii în etate, care prezintă delirium în cursul unei spitalizări au o șansă de 20%-75% de a deceda în cursul acelei spitalizări. Pacienții care prezintă delirium în cursul unei spitalizări au, de asemenea, un procent de deces foarte crescut în următoarele luni după externare. Până la 15% dintre pacienții în etate cu delirium decedează în decurs de o lună, iar până la 25% în decurs de șase luni de la externare. Alți factori de risc, cum ar fi tipul de maladie, severitatea acesteia, deteriorarea cognitivă preexistentă și etatea, contribuie semnificativ la această asociere. Pacienții cu neoplasme maligne și cu delirium prezintă o rată extrem de înaltă de mortalitate, atât în spital, cât și după externare, în comparație cu pacienții cu neoplasme maligne, dar fără delirium.

## Diagnostic diferențial

Cea mai comună problemă de diagnostic diferențial o constituie stabilirea faptului dacă persoana respectivă are o demență mai curând decât un delirium, are numai delirium ori are un delirium suprapus peste o demență preexistentă. Deteriorarea memoriei este comună, atât în delirium, cât și în demență, dar persoana numai cu demență este alertă și nu are perturbarea de conștiență, care este caracteristică deliriumului. Debutul temporal și evoluția deteriorărilor cognitive

sunt utile în efectuarea unei distincții între delirium și demență. În delirium, debutul simptomelor este mult mai rapid (de regulă, câteva ore sau zile), pe când în demență debutul este de regulă mai gradual sau insidios. Severitarea simptomelor în delirium fluctuează în decurs de 24 ore, pe când în demență, de regulă, nu. Când sunt prezente simptomele unui delirium, informațiile obținute de la membrii familiei, de la alte persoane care se ocupă de pacient ori din documentele medicale pot fi utile în a stabili dacă simptomele unei demențe erau preexistente. Codificarea unui delirium suprapus peste diferite tipuri de demențe este discutată la „Procedeele de înregistrare" pentru fiecare tip de delirium.

Etiologia presupusă determină diagnosticarea unui anumit tip de delirium (textul și criteriile pentru diagnosticul fiecărui tip de delirium sunt prevăzute separat, în finalul acestei secțiuni). Dacă se consideră că deliriumul este consecința efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale, atunci este pus diagnosticul de **delirium datorat unei condiții medicale generale.** Dacă deliriumul rezultă din efectele fiziologice directe ale unui drog de abuz, atunci este pus diagnosticul de **delirium prin intoxicație cu o substanță** ori de **delirium prin abstinență de o substanță,** în funcție de faptul dacă deliriumul survine în asociere cu intoxicația cu o substanță, ori cu abstinența de o substanță. Dacă deliriumul rezultă din uzul unui medicament sau expunerea la un toxic, atunci este pus diagnosticul de **delirium indus de o substanță.** Nu este rar faptul ca deliriumul să se datoreze, atât unei condiții medicale generale, cât și uzului unei substanțe (inclusiv al unui medicament). Aceasta se poate vedea, de exemplu, la un individ în etate, cu o condiție medicală severă, care este tratată cu multe medicamente. Când există mai mult decât o singură etiologie (de ex., atât o substanță, cât și o condiție medicală generală) este diagnosticat **deliriumul datorat unor etiologii multiple.** Dacă nu este posibil să se stabilească o etiologie specifică (adică, indus de o substanță sau datorat unei condiții medicale generale) este diagnosticat **deliriumul fără altă specificație.**

Diagnosticul de delirium prin intoxicație cu o substanță ori de delirium prin abstinență de o substanță este pus în locul celui de **intoxicație cu o substanță** ori a celui de **abstinență de o substanță,** numai dacă simptomele deliriumului sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație ori de abstinență și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Chiar la indivizii cu semne evidente de intoxicație sau de abstinență, nu trebuie trecute cu vederea alte cauze posibile de delirium (adică, delirium datorat unei condiții medicale generale). De exemplu, un traumatism cranian, care survine ca rezultat al căderilor sau al bătăilor din cursul intoxicației, poate fi responsabil de delirium.

Deliriumul care este caracterizat prin halucinații vii, idei delirante, perturbări de limbaj și agitație, trebuie să fie distins de **tulburarea psihotică scurtă,** de **schizofrenie,** de **tulburarea schizofreniformă** și de **alte tulburări psihotice,** ca și de **tulburările afective cu elemente psihotice.** În delirium, simptomele psihotice sunt fragmentare și nesistematizate. Deliriumul, care este caracterizat prin modificări de dispoziție și anxietate trebuie, de asemenea, distins de **tulburările afective** și de **tulburările anxioase.** În fine, deliriumul asociat cu frică, anxietate și simptome disociative, cum ar fi depersonalizarea, trebuie să fie distinse de **stresul acut,** care este precipitat de expunerea la un eveniment traumatic sever. Simptomele psihotice, afective, anxioase și disociative asociate cu deliriumul de regulă sunt fluctuante, survin în contextul unei capacități reduse de a menține și comuta în mod corespunzător atenția și de regulă sunt asociate cu anomalii EEG. Adesea există o deteriorare memoriei și dezorientare în delirium, dar de regulă nu

și în aceste alte tulburări. În fine, în delirium, în general persoana prezintă proba unei condiții medicale generale, a unei intoxicații sau abstinențe de o substanță sau a uzului unui medicament.

Deliriumul trebuie distins de **simulare** și de **tulburarea factice**. Această distincție se face pe baza tabloului clinic, atipic adesea în simulare și în tulburarea factice, și pe absența unei condiții medicale generale ori a unei substanțe care să fie etiologic în legătură cu tulburarea cognitivă evidentă.

Indivizii pot prezenta unele, dar nu toate simptomele deliriumului. Tablourile clinice subsindromale trebuie evaluate cu atenție, pentru că acestea pot fi mesageri ai unui autentic delirium ori pot semnala o condiție medicală generală subiacentă nediagnosticată încă. Astfel de tablouri clinice trebuie să fie codificate ca **tulburare cognitivă fără altă specificație.**

# 293.0 Deliriumul datorat unei Condiții Medicale Generale

## Diagnostic și elemente asociate

Elementele descriptive ale deliriumului datorat unei condiții medicale generale (criteriile A-C) sunt discutate la pag. 136–137. În plus, pentru a diagnostica deliriumul datorat unei condiții medicale generale, din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, trebuie să fie evident faptul că perturbarea cognitivă este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (criteriul D).

În precizarea faptului că deliriumul este datorat unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să stabilească mai întâi prezența unei condiții medicale generale. Apoi, clinicianul trebuie să stabilească faptul că deliriumul este etiologic în legătură cu condiția medicală generală. Este necesară o evaluare atentă și cuprinzătoare a numeroși factori pentru a face această judecată. Deși nu există criterii infailibile, câteva considerente oferă un oarecare ghidaj în acest domeniu. Un prim considerent îl constituie prezența unei asocieri temporale între debutul, exacerbarea sau remisiunea condiției medicale generale și cea a deliriumului. Datele din literatură, care sugerează că poate exista o asociere directă între condiția medicală generală în chestiune și dezvoltarea unui delirium, pot oferi un context util în evaluarea unui caz particular. În plus, clinicianul trebuie, de asemenea, să judece faptul dacă perturbarea nu este explicată mai bine de un delirium indus de o substanță ori de o tulburare mentală primară (de ex., un episod maniacal). Această precizare este explicată mai în detaliu în secțiunea „Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale" (pag. 181).

Deliriumul poate fi asociat cu multe și diferite condiții medicale generale, fiecare având date de examinare somatică și de laborator caracteristice. În maladiile de sistem, nu sunt de regulă constatate semne neurologice de focar. Pot fi prezente diverse forme de tremor. Asterixisul, o mișcare de fâlfâire a mâinilor hiperextinse, a fost descris inițial în encefalopatia hepatică, dar poate fi întâlnit în asociere și cu alte cauze de delirium. Semnele de hiperactivitate vegetativă (de ex., tahicardie, transpirații, facies congestiv, pupile dilatate și presiune sanguină crescută) survin frecvent. Pe lângă datele de laborator, care sunt caracteristice condiției medicale generale etiologice (ori stărilor de intoxicație sau de abstinență), EEG este în general anormală, prezentând, fie o activitate generalizată lentă, fie una rapidă.

## Procedee de înregistrare

La înregistrarea diagnosticului de delirium datorat unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să noteze, atât deliriumul, cât și condiția medicală generală identificată, considerată a fi cauza perturbării, pe axa I (de ex., 293.0 Delirium datorat hipoglicemiei). Codul ICD-9-CM pentru condiția medicală generală trebuie, de asemenea, notat pe axa III (de ex., 251.2 Hipoglicemie) (vezi anexa G pentru lista codurilor diagnosticelor ICD-9-CM selectate pentru condițiile medicale generale). Când deliriumul este suprapus peste o demență preexistentă, trebuie puse ambele diagnostice (de ex., 294.11 Demență de tip Alzheimer, cu perturbare de comportament și 293.0 Delirium datorat hiponatremiei). Deoarece demența Alzheimer nu este o condiție etiologică pentru delirium ci numai un factor de risc, etiologia oricărui delirium suprapus peste maladia Alzheimer trebuie precizată. Pentru că ICD-9-CM codifică condițiile de bază, deliriumul suprapus peste demența vasculară este notat prin codificarea subtipului corespunzător de demență (de ex., 290.41 demență vasculară, cu delirium). În situațiile în care este neclar dacă deficitele cognitive se datorează deliriumului sau demenței, poate fi util să se pună un diagnostic provizoriu de delirium și să se observe cu atenție persoana în timp ce se continuă eforturile de identificare a naturii perturbării.

## Condiții medicale generale asociate

Condițiile medicale generale asociate cu deliriumul includ tulburările sistemului nervos central (de ex., traumatismul cranian, stările ictale și postictale, maladiile vasculare, cum ar fi atacurile ischemice tranzitorii și encefalopatia hipertensivă, maladiile degenerative, ca de ex., maladia Pick, infecțiile și tumorile cerebrale), tulburările metabolice (de ex., o maladie renală sau hepatică, dezechilibrele hidrice și electrolitice, cum ar fi deshidratarea, dezechilibrele sodiului și potasiului, anemia, hipoxia, hipercarbia, hipoglicemia, deficiența tiaminică, hipoalbuminemia, endocrinopatia, dezechilibrul acidobazic), tulburările cardiopulmonare (infarctul miocardic, insuficiența cardiacă congestivă, aritmia cardiacă, șocul, insuficiența respiratorie) și maladiile sau efectele sistemice (de ex., o infecție, cum ar fi, septicemia, pneumonia și o infecție a tractului urinar, neoplasmul, un traumatism sever, deprivarea senzorială vizuală sau auditivă, dereglările termice, stările postoperatorii). Anumite leziuni focale ale lobului parietal drept și feței inferomediale a lobului occipital pot duce, de asemenea, la delirium.

## Diagnostic diferențial

Vezi pag. 139 pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al deliriumului.

### Criteriile de diagnostic pentru 293.0 Delirium datorat ... *[Se indica Condiția Medicală Generală]*

A. Perturbare de conștiență (adică, reducerea claritătii conștienței ambianței), cu reducerea capacității de a focaliza, susține sau deplasa atenția.

B. O modificare în cunoaștere (cum ar fi deficitul de memorie, dezorientarea, perturbarea limbajului) sau dezvoltarea unei perturbări de percepție, care nu este explicată mai bine de o demență preexistentă, stabilizată ori evolutivă.

C. Perturbarea se dezvoltă în decursul unei scurte perioade de timp (de regulă, în câteva ore sau zile) și tinde să fluctueze în cursul zilei.

D. Există proba, din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, că perturbarea este cauzată de consecințele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

**Notă de codificare:** Dacă deliriumul este suprapus peste o demență vasculară, deliriumul este indicat codificând 290.41 Demență vasculară, cu delirium.

Notă de codificare: A se include numele condiției medicale generale pe axa I, de ex., 293.0 Delirium datorat encefalopatiei hepatice; de asemenea, a se codifica condiția medicală generală pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).

## Deliriumul indus de o Substanță

### Elemente de diagnostic și elemente asociate

Elementele descriptive ale deliriumului indus de o substanță (criteriile A-C) sunt discutate la pag. 136–137. În plus, pentru a diagnostica deliriumul indus de o substanță, din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, trebuie să rezulte proba intoxicației sau abstinenței de o substanță, proba efectelor secundare ale unui medicament sau expunerii la un toxic, considerat a fi etiologic în relație cu deliriumul (criteriul D). Un delirium care survine în cursul unei intoxicații cu o substanță, este diagnosticat ca delirium prin intoxicație cu o substanță; un delirium care survine în cursul abstinenței de o substanță este diagnosticat ca delirium prin abstinență de o substanță; iar un delirium care este asociat cu efectele secundare ale unui medicament sau cu efectele expunerii la un toxic este diagnosticat ca delirium indus de o substanță (vezi setul de criterii pentru deliriumul prin intoxicație cu o substanță, pag. 145).

Deliriumul care survine în cursul intoxicației cu o substanță poate apare în decurs de câteva minute sau ore de la luarea unor doze relativ mari de anumite droguri, cum ar fi cannabisul, cocaina și halucinogenele. Debutul poate fi însă întârziat în cazul unor substanțe care se pot acumula în timp, deoarece au o semiviață lungă (de ex., diazepamul). De regulă deliriumul se rezolvă pe măsură ce dispare intoxicația sau în decurs de câteva ore sau zile. Durata poate fi însă mai lungă după intoxicația cu phencyclidină și poate persista perioade mai lungi de timp la indivizii cu leziuni cerebrale, la bătrâni și la indivizii care au făcut uz de combinații de substanțe. Intervalul de timp dintre luarea unei substanțe și debutul

deliriumului prin intoxicație poate fi mai scurt la indivizii cu un clearance redus (datorat unei maladii renale sau hepatice).

Deliriumul asociat cu abstinența de o substanță se dezvoltă pe măsură ce concentrațiile substanței în țesuturile și fluidele organismului scad, după reducerea sau terminarea uzului susținut și de regulă în doze mari al alcoolului sau sedativelor, hipnoticelor sau anxioliticelor. La indivizii cu clearance redus sau care fac uz de combinații de substanțe, deliriumul prin abstinența de o substanță poate surveni după reducerea sau terminarea unor doze mai mici. Durata deliriumului tinde a varia cu semiviața substanței implicate: substanțele cu durata de activitate mai lungă sunt asociate de regulă cu o abstinență mai prelungită. Deliriumul prin abstinența de o substanță se poate continua pentru câteva ore numai ori poate persista mai mult de 2-4 săptămâni.

Acest diagnostic trebuie pus în locul diagnosticului de intoxicație cu o substanță ori de abstinență de o substanță, numai când simptomele cognitive sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență, și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Pentru o discuție mai detaliată a elementelor asociate cu tulburările în legătură cu substanțele, vezi pag. 191.

## Procedee de înregistrare

Un diagnostic de delirium indus de o substanță începe cu numele substanței specifice (mai curând decât cu cel al clasei de substanțe) care este presupusă a fi cauzat deliriumul (de ex., „diazepam", mai curând decât „sedative, hipnotice sau anxiolitice"). Codul diagnostic este selectat din lista de clase de substanțe prevăzută în setul de criterii. Pentru substanțele care nu pot fi incluse în nici una dintre clase (de ex., digitala), trebuie utilizat codul pentru „altă substanță". În plus, pentru medicamentele prescrise în doze terapeutice, medicamentul specific poate fi indicat prin menționarea codului E corespunzător (vezi anexa G). Pentru substanțele care produc intoxicație sau abstinență, denumirea substanței este urmată de contextul în care apar simptomele (de ex., 292.81 Delirium prin intoxicație cu dextroamfetamină; 291.0 Delirium prin abstinență de alcool). Pentru efectele secundare ale unui medicament și expunerea la un toxic, este utilizat termenul de „indus" (de ex., 292.81 Delirium indus de digitală). Când se consideră că mai mult decât o singură substanță joacă un rol semnificativ în apariția deliriumului, fiecare substanță trebuie să fie menționată separat. Dacă o substanță este considerată a fi factorul etiologic, dar substanța specifică sau clasa de substanțe este necunoscută, diagnosticul este 292.81 Delirium indus de o substanță necunoscută.

## Substanțe specifice

**Deliriumul prin intoxicație cu o substanță** poate surveni la următoarele clase de substanțe: alcool, amfetamine și substanțe afine, cannabis, cocaină, halucinogene, inhalante, opiacee, phencyclidină și substanțe afine, sedative, hipnotice și anxiolitice, și alte substanțe sau substanțe necunoscute. Deliriumul prin abstinență de o substanță poate surveni la următoarele clase de substanțe: alcool (adesea denumit „delirium tremens"), sedative, hipnotice și anxiolitice, și alte substanțe sau substanțe necunoscute.

Medicamentele descrise a cauza delirium includ anestezicele, analgezicele, agenții antiastmatici, anticonvulsivantele, antihistaminicele, medicamentele

antihipertensive și cardiovasculare, antimicrobienele, medicamentele antiparkinsoniene, corticosteroizii, medicamentele gastrointestinale, antagoniștii receptorilor histaminergici H2 (de ex., cimetidina), agenții imunosupresori, litiumul, relaxantele musculare și medicamentele psihotrope cu efecte secundare anticolinergice. Toxicele descrise a cauza delirium includ insecticidele organofosforate (anticolinesterazice), monoxidul de carbon și substanțele volatile, cum ar fi combustibilii sau solvenții oganici.

## Diagnostic diferențial

Vezi pag. 139 pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al deliriumului și pag.207 pentru discutarea diagnosticului diferențial al intoxicației și al dependenței de o substanță.

## Criteriile de diagnostic pentru Deliriumul datorat Intoxicației cu o Substanță

A. Perturbare de conștiență (adică, reducerea claritătii conștienței ambianței) cu reducerea capacității de a focaliza, susține ori deplasa atenția.

B. O modificare în cunoaștere (cum ar fi deficitul de memorie, dezorientarea, perturbarea limbajului) sau apariția unei perturbări de percepție, care nu este explicată mai bine de o demență preexistentă, stabilizată sau în curs de evoluție.

C. Perturbarea se dezvoltă în decursul unei scurte perioade de timp (de regulă, în câteva ore sau zile) și tinde să fluctueze în cursul zilei.

D. Din istoric, examenul somatic ori datele de laborator rezultă proba, fie a (1), fie a (2):

(1) simptomele de la criteriile A și B apar în cursul unei intoxicații cu o substanță;
(2) perturbarea este, etiologic, în legătură cu uzul unui medicament*.

**Notă:** Acest diagnostic trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță, numai când simptomele cognitive sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

***Notă:** Diagnosticul trebuie să fie înregistrat ca delirium indus de o substanță, dacă este în legătură cu uzul unui medicament. A se consulta anexa G, pentru codurile E care indică medicamentele specifice.

Codul (substanța specifică) pentru deliriumul prin intoxicație:

(291.0 alcool; 292.81 amfetamină (ori o substanță similară amfetaminei); 292.81 cannabis; 292.8 cocaină; 292.81 halucinogene; 292.81 inhalante; 292.81 opiacee; 292.81 phencyclidină (sau o substanță similară phencyclidinei); 292.81 sedative, hipnotice sau anxiolitice; 292.81 altă substanță [sau o substanță necunoscută], [de ex., cimetidina, digitala, benztropina]).

### Criteriile de diagnostic pentru Deliriumul prin Abstinență de o Substanță

A. Perturbare de conștiență (adică, reducerea clarității conștienței ambianței), cu reducerea capacității de a focaliza, susține sau deplasa atenția.

B. O modificare în cunoaștere (cum ar fi deficitul de memorie, dezorientarea, perturbarea de limbaj) sau dezvoltarea unei perturbări de percepție, care nu este explicată mai bine de o demență preexistentă, stabilizată sau evolutivă.

C. Perturbarea se dezvoltă în decursul unei scurte perioade de timp (de regulă, în câteva ore sau zile) și tinde să fluctueze în cursul zilei.

D. Din istoric, examenul somatic ori datele de laborator, rezultă proba că simptomele de la criteriul A și B au apărut în cursul ori la scurt timp după un sindrom de abstinență.

**Notă:** Acest diagnostic trebuie să fie pus în locul diagnosticului de abstinență de o substanță, numai când simptomele cognitive sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu sindromul de abstinență și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

*Codul* (substanța specifică) pentru deliriumul prin abstinență:

(291.0 alcool; 292.81 sedative, hipnotice sau anxiolitice; 292.81 altă substanță (sau o substanță necunoscută).

## Deliriumul datorat unor Etiologii Multiple

Categoria de delirium datorat unor etiologii multiple este inclusă pentru a alerta clinicianul asupra situației comune în care deliriumul are mai mult decât o singură etiologie. Poate exista mai mult decât o singură condiție medicală generală în relație etiologică cu deliriumul (de ex., delirium datorat encefalopatiei hepatice, delirium datorat traumatismului cranian) ori deliriumul poate fi datorat efectelor combinate ale unei condiții medicale generale (de ex., encefalită virală) și uzului unei substanțe (de ex., abstinența alcoolică).

Procedee de înregistrare

Deliriumul datorat unor etiologii multiple nu are un cod propriu separat și nu trebuie să fie înregistrat ca diagnostic. De exemplu, pentru a codifica un delirium datorat, atât encefalopatiei hepatice, cât și abstinenței de alcool, clinicianul va menționa, atât 293.0 Delirium datorat encefalopatiei hepatice, cât și 291.0 Delirium prin abstinență de alcool, pe axa I, iar 572.2 Encefalopatie hepatică, pe axa III.

### Criteriile de diagnostic pentru Deliriumul datorat unor Etiologii Multiple

A. Perturbare a conștienței (adică, reducerea clarității conștiensei ambianței), cu reducerea capacității de a focaliza, susține sau comuta atenția.

B. O modificare în cunoaștere (cum ar fi deficitul de memorie, dezorientarea, perturbarea limbajului) sau apariția unei perturbări de percepție, care nu este explicată mai bine de o demență preexistentă, stabilizată sau evolutivă.

C. Perturbarea se dezvolta în decursul unei scurte perioade de timp (de regulă, în câteva ore sau zile) și tinde să fluctueze în cursul zilei.

E. Din istoric, examenul somatic ori datele de laborator rezultă proba că deliriumul are mai mult decât o singură etiologie (de ex., mai mult decât o singură condiție medicală generală etiologică, o condiție medicală generală plus o intoxicație cu o substanță sau efectele secundare ale unui medicament).

**Notă de codificare:** A se utiliza coduri multiple care să reflecte deliriumul specific și etiologiile specifice, de ex., 293.0 Delirium datorat encefalitei virale; 291.0 Delirium prin abstinență alcoolică.

## 780.90 Delirium Fără Altă Specificație

Această categorie trebuie să fie utilizată pentru a diagnostica un delirium care nu satisface criteriile pentru nici unul din tipurile specifice de delirium descrise în acestă secțiune.

Exemplele includ:

1. Un tablou clinic de delirium, care este suspectat a se datora unei condiții medicale generale ori uzului unei substanțe, dar pentru care nu există suficiente date pentru a stabili o etiologie specifică.
2. Delirium datorat unor cauze nemenționate în această secțiune (de ex., deprivarea senzorială).

## Demența

Tulburările din secțiunea „Demența" se caracterizează prin dezvoltarea a numeroase deficite cognitive (incluzând deteriorarea memoriei) care se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale, efectelor persistente ale unei substanțe ori unor etiologii multiple (de ex., efectelor combinate ale unei maladii cerebrovasculare și maladiei Alzheimer). Tulburările din această secțiune au în comun simptomatologia, dar se diferențiază pe baza etiologiei. Elementele de diagnostic menționate în secțiunea următoare aparțin **demenței de tip Alzheimer, demenței vasculare, demenței datorate maladiei HIV, demenței datorate traumatismului cranian, demenței datorate maladiei Parkinson, demenței datorate maladiei Huntington, demenței datorate maladiei Pick, demenței datorate maladiei Creutzfeldt-Jakob, demenței datorate altor condiții medicale generale, demenței persistente induse de o substanță și demenței datorate unor**

**etiologii multiple**. Pe lângă acestea, în această secțiune este inclusă și demența fără altă specificație, pentru tablourile clinice în care clinicianul este incapabil să precizeze o etiologie specifică pentru deficitele cognitive multiple.

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al demenței îl constituie dezvoltarea unor deficite cognitive multiple care includ deteriorarea memoriei și cel puțin una dintre următoarele perturbări cognitive: afazie, apraxie, agnozie ori o perturbare în funcția de execuție. Deficitele cognitive trebuie să fie suficient de severe pentru a cauza o deteriorare în funcționarea profesională sau socială și trebuie să reprezinte un declin de la cel mai înalt nivel anterior de funcționare. Diagnosticul de demență nu trebuie pus dacă deficitele cognitive survin exclusiv în cursul unui delirium. Însă, demența și deliriumul pot fi ambele diagnosticate, dacă demența este prezentă uneori și când deliriumul lipsește. Demența poate fi etiologic în legătură cu o condiție medicală generală, cu efectele persistente ale uzului unei substanțe (inclusiv expunerea la un toxic) ori cu o combinație a acestor factori.

Deteriorarea memoriei este necesară pentru a pune diagnosticul de demență și este un simptom precoce (criteriul A). Indivizii cu demență au deteriorată capacitatea de a învăța un material nou ori uită un material învățat anterior. Cei mai mulți indivizi cu demență au ambele forme de deteriorare a memoriei, cu toate că uneori este dificil să se demonstreze pierderea materialului învățat anterior, precoce, în cursul tulburării. Ei pot pierde bunuri, cum ar fi portmoneie și chei, uită mâncarea de preparat pe plită și se pierd în cartiere nonfamiliare. În stadiile avansate de demență, deteriorarea memoriei este atât de severă, că persoana își uită profesia, studiile, ziua nașterii, membrii familiei și uneori chiar numele.

Memoria poate fi testată formal cerând persoanei să înregistreze, să rețină, să evoce și să recunoască o informație. Capacitatea de a învăța o informație nouă poate fi evaluată cerând individului să învețe o listă de cuvinte. Individului i se cere să repete cuvintele (înregistrare), să reproducă informația după un interval de câteva minute (retenție, evocare) și să recunoască cuvintele dintr-o listă multiplă (recunoaștere). Indivizii cu dificultate de învățare a unei informații noi nu sunt ajutați de indicii sau puncte de reper (de ex., problemele cu alegere multiplă), pentru că ei nu au învățat inițial materialul. Din contra, indivizii cu deficite în primul rând de evocare pot fi ajutați prin indicii și puncte de reper, deoarece deteriorarea lor se află în capacitatea de a accede la memoriile lor. Memoria îndepărtată poate fi testată cerând individului să evoce informații personale sau un material vechi pe care individul îl consideră interesant (de ex., politică, sport, spectacole). De asemenea, este util să se precizeze (de la individul în cauză și de la informatori) impactul perturbărilor de memorie asupra funcționării individului (de ex., capacitatea de a munci, de a cumpăra, de a prepara mâncarea, de a achita notele de plată, de a veni acasă fără să se piardă).

Deteriorarea funcției limbajului (afazia) se poate manifesta prin dificultate în pronunțarea numelor de persoane și de obiecte (criteriul A2a). Limbajul indivizilor cu afazie poate deveni vag sau van, cu lungi expresii circumlocutorii și cu uz excesiv de termeni de referire indefinită, cum ar fi „lucru" și „asta". Înțelegerea limbajului vorbit și scris, și vorbirea repetată pot fi, de asemenea, compromise. În stadiile de demență avansată, individul poate fi mut sau poate avea un pattern de vorbire deteriorat, caracterizat prin ecolalie (adică, repetarea a ceea ce este auzit) ori palilalie (adică, repetarea într-una a sunetelor sau cuvintelor proprii). Limbajul este

testat cerând individului să denumească obiectele din cameră (de ex., cravata, rochia, masa, lampa) ori părți ale corpului (de ex., nasul, bărbia, umărul), să execute comenzi („arătați ușa și apoi masa") ori să repete unele expresii („nici un fel de dacă-uri, și-uri ori dar-uri").

Indivizii cu demență pot prezenta apraxie (adică, deteriorarea capacității de a efectua activități motorii în disprețul aptitudinilor motorii, funcției senzoriale și înțelegerii sarcinilor cerute, care sunt intacte) (criteriul A2b). Ei sunt deteriorați în capacitatea lor de a pantomima uzul diverselor obiecte (de ex., pieptănatul părului) ori de a executa acte motorii cunoscute (de ex., gestul de „la revedere"). Apraxia poate contribui la dificultățile în prepararea mâncării, la îmbrăcat și desenat. Perturbările aptitudinilor motorii pot fi testate cerând individului să execute diverse activități motorii (de ex., să arate cum se spală pe dinți, să copieze două pentagoane care se intersectează, să asambleze cuburi ori să aranjeze bețe în anumite desene).

Indivizii cu demență pot prezenta agnozie (adică, incapacitatea de a recunoaște sau identifica obiectele, în disprețul funcției senzoriale intacte) (criteriul A2c). De exemplu, individul poate avea acuitatea vizuală normală, dar a pierdut capacitatea de a recunoaște obiecte cum sunt scaunele sau creioanele. În cele din urmă, ei pot fi incapabili să-și recunoască membrii familiei ori propria lor imagine în oglindă. De asemenea, ei pot avea senzația tactilă normală, dar pot fi incapabili să identifice obiectele puse în mână, numai prin tact (de ex., o monedă sau o cheie).

Perturbările în funcția de execuție sunt o manifestare comună a demenței (criteriul A2d) și pot fi relaționate în special cu tulburările lobului frontal sau ale căilor de asociație subcorticale. Funcția de execuție implică capacitatea de a gândi abstract, de a planifica, secvența, monitoriza și stopa comportamentul complex. Deteriorarea gândirii abstracte se poate manifesta prin dificultățile pe care le are individul în a face față unor sarcini noi și prin evitarea situațiilor care cer procesarea de informație nouă și complexă. Capacitatea de abstractizare poate fi evaluată formal cerând persoanei să găsească similitudini sau diferențe între cuvinte înrudite. Disfuncția executivă este, de asemenea, evidențiată prin capacitatea redusă de a schimba seturile mentale, de a crea o nouă informație verbală și nonverbală și de a executa activități motorii de serie. Testele pentru funcția de execuție includ a cere individului să numere până la 10, să recite alfabetul, să scadă din 7 în 7, să enumere pe cât este posibil cât mai multe animale într-un minut, ori să traseze o linie continuă constând alternativ din m și n. Este, de asemenea, util să se stabilească (de la individ și de la informatori) impactul perturbărilor din funcția de execuție asupra vieții cotidiene a individului (de ex., capacitatea de a munci, activitățile de planificare, bugetul).

Atât itemii de la criteriul A1 (deteriorarea memoriei), cât și cei de la criteriul A2 (afazia, apraxia, agnozia sau perturbarea funcției de execuție) trebuie să fie suficient de severi pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională (de ex., mersul la școală, la lucru, la cumpărături, îmbrăcatul, îmbăiatul, mânuirea finanțelor și alte activități ale vieții cotidiene) și trebuie să reprezinte un declin de la nivelul anterior de funcționare (criteriul B). Natura și gradul de deteriorare sunt variabile și depind adesea de condiția socială particulară a individului. Același nivel de deteriorare cognitivă poate altera semnificativ capacitatea individului de a îndeplini o sarcină complexă, dar nu și o sarcină care este mai puțin pretențioasă. Scalele de evaluare standardizate publicate care măsoară întreținerea corporală (de ex., igiena personală), funcționarea intelectuală și capacitatea de a utiliza unelte sau instrumente (de ex., telefonul, mașina de spălat), pot fi utilizate pentru a măsura severitatea deteriorării.

Demența nu este diagnosticată, dacă aceste simptome survin exclusiv în cursul unui delirium. Un delirium poate fi însă, suprapus peste o demență preexistentă, caz în care trebuie puse ambele diagnostice.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu demență pot deveni dezorientați în spațiu și pot avea dificultăți cu sarcinile spațiale. Funcționarea vizuospațială poate fi evaluată cerând individului să copieze desene, de exemplu, un cerc, pentagoane suprapuse și un cub. Judecata precară și conștiința maladiei redusă sunt comune în demență. Indivizii pot avea foarte puțin sau deloc conștiința pierderii memoriei sau a altor anomalii cognitive. Pot face aprecieri nerealiste asupra capacităților lor și fac planuri care nu sunt congruente cu deficitele și cu prognosticul lor (de ex., intenționează să înceapă o nouă afacere). De asemenea, pot subestima riscurile implicate de unele activități (de ex., de condus). Ocazional, devenind violenți, pot vătăma pe alții. Poate surveni un comportament suicidar, în special în stadiile inițiale, când individul mai este capabil să execute planul unei acțiuni. Demența este acompaniată uneori de perturbări motorii ale mersului, care duc la căderi. Unii indivizi cu demență prezintă un comportament dezinhibat, incluzând spiritele inadecvate, neglijarea igienei personale, manifestarea unei familiarități deranjante cu străinii ori desconsiderarea regulilor convenționale de conduită socială. Vorbirea dizartrică poate surveni în demența asociată cu o patologie subcorticală, cum ar fi maladia Parkinson, maladia Huntington și unele cazuri de demență vasculară. Multiplele deteriorări cognitive ale demenței sunt asociate adesea cu perturbări anxioase, afective și de somn. Ideile delirante sunt frecvente, în special cele care implică teme de persecuție (de ex., că bunurile, rău puse, i-au fost furate). Halucinațiile pot surveni în toate modalitățile senzoriale, dar halucinațiile vizuale și auditive sunt cele mai frecvente. Deliriumul este suprapus frecvent peste demență, deoarece maladia cerebrală subiacentă poate crește susceptibilitatea la stări confuzionale, care pot fi produse de medicamente sau de alte condiții medicale generale concomitente. Indivizii cu demență pot fi extrem de vulnerabili la stresorii fizici (de ex., o maladie sau o intervenție chirurgicală minoră) și la stresorii psihosociali (de ex., a merge la spital, doliul) care le pot exacerba deficitele intelectuale și alte probleme asociate.

**Date de laborator asociate.** O discutare a datelor de laborator asociate, specifice diverselor tipuri de demență, este inclusă în textul pentru fiecare demență. În mod constant, există anomalii în funcționarea cognitivă și mnezică, anomalii care pot fi evaluate prin examinări ale statusului mental și testare neuropsihologică. Neuroimagistica poate ajuta la efectuarea diagnosticului diferențial al demenței. Tomografia computerizată (TC) ori imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) poate releva o atrofie cerebrală, leziuni cerebrale focale (ictusuri corticale, tumori, hematoame subdurale), hidrocefalie ori leziuni cerebrale ischemice periventriculare. Imagistica funcțională, cum ar fi tomografia prin emisiune de pozitroni (PET) ori tomografia computerizată prin emisiunea unui singur foton (SPECT), nu este utilizată curent în evaluarea demenței, dar poate furniza informații utile pentru diagnosticul diferențial (de ex., modificările din lobul parietal în maladia Alzheimer ori alterările din lobul frontal în degenerescențele lobului frontal) la indivizii fără proba unor modificări structurale la scanările prin tomografie computerizată ori rezonanță magnetică.

**Datele examinărilor somatice și condițiile medicale generale asociate.** Datele examinărilor somatice asociate ale demenței depind de natura, localizarea și stadiul de evoluție al patologiei subiacente. Cea mai frecventă cauză a demenței este maladia Alzheimer, urmată de maladia vasculară și apoi de etiologiile multiple. Alte forme frecvente includ demența vasculară și demența datorată altor procese neurodegenerative, cum ar fi maladia cu corpusculi Lewy (incluzând demența datorată maladiei Parkinson) și degenerescența frontotemporală (incluzând maladia Pick). Alte cauze sunt mai puțin frecvente și includ hidrocefalia cu presiune normală, maladia Huntington, leziunile cerebrale traumatice, tumorile cerebrale, anoxia, tulburările infecțioase (de ex., virusul imunodeficienței umane (HIV), sifilisul), maladiile prionice (de ex., maladia Creutzfeldt-Jakob), condițiile endocrine (de ex., hipotiroidismul, hipercalcemia, hipoglicemia), deficiențele vitaminice (de ex., deficiențele de tiamină, niacină), tulburările imunologice (de ex., arterita temoporală, lupusul eritematos sistemic), condițiile hepatice, condițiile metabolice (de ex., maladia Kufs, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromatică și alte maladii de stocaj ale perioadei adulte și copilăriei) și alte condiții neurologice (de ex., scleroza multiplă).

## Elemente specifice culturii și etății

Fondul cultural și educațional trebuie să fie luat în considerație în evaluarea capacității mentale a individului. Indivizii din anumite fonduri pot să nu fie familiarizați cu informațiile utilizate în anumite teste de cunoștințe generale (de ex., numele președinților, cunoștințele geografice), de memorie (de ex., data nașterii în culturile care nu celebrează în mod rutinier data nașterii) și de orientare (de ex., sentimentul de loc și de spațiu poate fi conceptualizat diferit în unele culturi). Prevalența diferitelor cauze de demență (de ex., infecții, deficiențe nutriționale, leziuni cerebrale traumatice, condiții endocrine, maladii cerebrovasculare, epilepsii, tumori cerebrale, abuzul de o substanță) variază substanțial în raport cu grupurile culturale.

Etatea la debutul demenței depinde de etiologie, dar de regulă debutul are loc tardiv în viață, cu cea mai mare prevalență în jurul etății de 85 ani. O deteriorare semnificativă a memoriei și a multiple aptitudini cognitive, care este necesară pentru diagnosticul demenței, poate fi dificil de documentat la copiii foarte mici. Ca atare, diagnosticul de demență nu poate fi practic pus până când copilul nu devine mai mare (de regulă, între 4 și 6 ani). La indivizii sub etatea de 18 ani cu retardare mentală, un diagnostic adițional de demență trebuie pus, numai dacă condiția nu este caracterizată în mod satisfăcător de diagnosticul de retardare mentală, singur. Demența este rară la copii și adolescenți, dar poate surveni ca rezultat al unor condiții medicale generale (de ex., traumatisme craniene, tumori cerebrale, infecție cu HIV, ictusuri, adrenoleucodistrofii). Demența la copii se poate prezenta ca o deteriorare în funcționare (ca la adulți) ori ca o întârziere semnificativă sau deviație în dezvoltarea normală. Deteriorarea eficienței școlare poate fi un semn precoce.

## Prevalență

Prevalența raportată a demenței variază în studiile epidemiologice, în funcție de etatea subiecților eșantionați, de metodele de determinare a prezenței, severității și tipului de deteriorare cognitivă, precum și de regiunile sau țările studiate. Studiile

comunitare estimează prevalența posibilă pe 1 an la aproximativ 3 %, cu deteriorare cognitivă severă în populația adultă. Studiul a evaluat indivizii cu un chestionar scurt care stabilește statusul cognitiv curent (the Mini-Mental State Exam), dar care nu identifică diagnostice specifice. O mulțime de studii epidemiologice au arătat că prevalența demenței, în special a demenței de tip Alzheimer, crește odată cu avansarea în etate. Valorile prevalenței cresc de la 1,4% la 1,6% la indivizii în etate de 65-69 ani și de la 16% la 25% la cei în etate de peste 85 ani.

## Evoluție

Istoric, termenul de *demență* implică o evoluție progredientă sau ireversibilă. Definiția DSM-IV a demenței este bazată însă, pe patternul deficitelor cognitive și nu poartă nici o conotație referitoare la prognostic. Demența poate fi progresivă, staționară ori remitentă. Reversibilitatea unei demențe este în funcție de patologia subiacentă și de disponibilitatea și aplicarea oportună a unui tratament eficient. Modul de debut și evoluția ulterioară a demenței depind, de asemenea, de etiologia subiacentă. Nivelul de incapacitate depinde nu numai de severitatea deteriorărilor cognitive ale individului dar și de suportul social disponibil. În demența avansată, individul poate deveni total inconștient față de ambianța sa și necesită îngrijire permanentă. Indivizii cu demență severă sunt susceptibili de accidente și maladii infecțioase, care adesea se dovedesc a fi fatale.

## Diagnostic diferențial

Deteriorarea memoriei survine atât în **delirium**, cât și-n demență. Deliriumul este caracterizat, de asemenea, printr-o capacitate redusă de a menține și deplasa în mod corespunzător atenția. Evoluția clinică poate ajuta la diferențierea deliriumului de demență. De regulă, simptomele în delirium fluctuează, pe când în demență sunt relativ stabile. Deteriorările cognitive multiple, care persistă într-o formă neschimbată mai mult de câteva luni, sugerează mai curând demența decât deliriumul. Deliriumul poate fi suprapus peste o demență, în care caz ambele tulburări sunt diagnosticate. În situațiile în care nu este clar dacă deficitele cognitive se datorează deliriumului sau demenței, poate fi util să se pună un diagnostic de delirium și să se observe atent persoana în timp ce se continuă eforturile pentru a identifica natura perturbării.

**Tulburarea amnestică** este caracterizată printr-o deteriorare severă de memorie, fără alte deteriorări semnificative ale activității cognitive (adică, fără afazie, apraxie, agnozie ori perturbări în activitatea de execuție).

Etiologia presupusă determină diagnosticul de demență specifică. Dacă clinicianul a stabilit că demența este datorată unor **etiologii multiple**, trebuie să fie utilizate coduri multiple bazate pe demențele specifice și etiologiile lor (vezi demența datorată unor etiologii multiple, pag. 170). În **demența vasculară**, sunt prezente semne neurologice de focar (de ex., exagerarea reflexelor osteotendinoase, semnul Babinski și proba de laborator a unei maladii vasculare, considerate a fi în relație cu demența. Evoluția clinică a demenței vasculare este variabilă și de regulă progresează în mod treptat. Prezența **demenței datorate altor condiții medicale generale** (de ex., maladia Pick, HIV) necesită probarea din istoric, examenul somatic și testele de laborator adecvate, a faptului că o condiție medicală generală este etiologic în relație cu demența. Debutul deteriorării (gradual sau brusc) și evoluția sa (acută, subacută sau cronică) pot fi utile în sugerarea etiologiei.

De exemplu, severitatea deteriorării în activitatea cognitivă rămâne adesea staționară după un traumatism cranian, encefalită sau ictus.

Deficitele cognitive multiple care survin numai în contextul uzului unei substanțe sunt diagnosticate ca **intoxicație cu o substanță** ori ca **abstinență de o substanță**. Dacă demența rezultă din efectele persistente ale unei substanțe (adică, un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic), atunci este diagnosticată **demența persistentă indusă de o substanță**. Alte cauze de demență (de ex., demența datorată unei condiții medicale generale) trebuie totdeauna luate în considerație, chiar la o persoană cu dependență de o substanță. De exemplu, un traumatism cranian nu este rar în cursul uzului unei substanțe și poate să se afle la baza demenței. **Demența de tip Alzheimer** este în mod curent un diagnostic de excludere, mai întâi trebuind să fie excluse alte cauze de deficite cognitive (vezi mai sus). În plus, evoluția este caracterizată printr-un debut gradual și declin cognitiv continuu. În acele cazuri, în care nu există suficiente date pentru a stabili dacă demența este datorată unei condiții medicale generale sau este indusă de o substanță, trebuie codificată **demența fără altă specificație**. Indivizii pot prezenta numai unele, dar nu toate simptomele demenței. Astfel de tablouri clinice trebuie să fie codificate ca tulburare cognitivă fără altă specificație.

**Retardarea mentală** este caracterizată printr-o funcționare intelectuală generală curentă semnificativ sub medie, cu deteriorări concomitente în funcționarea adaptativă și cu debut înainte de etatea de 18 ani. Retardarea mentală nu este asociată necesarmente cu deteriorarea mnezică. Din contra, debutul în demență survine de regulă mai târziu în viață. Dacă debutul demenței are loc înainte de etatea de 18 ani, atât demența, cât și retardarea mentală pot fi diagnosticate, dacă sunt satisfăcute criteriile pentru ambele tulburări. Documentarea unei deteriorări semnificative de memorie și a altor aptitudini cognitive poate fi dificilă la o persoană sub etatea de 4 ani. La indivizii sub etatea de 18 ani, diagnosticul de demență trebuie pus numai dacă condiția nu este caracterizată satisfăcător doar de diagnosticul de retardare mentală, singur.

**Schizofrenia** poate fi, de asemenea, asociată cu multiple deteriorări cognitive și declin în funcționare, dar schizofrenia este contrariul demenței, prin etatea în general mai mică la debut, prin patternul său caracteristic de simptome și prin absența unei condiții medicale generale ori a unei substanțe specifice etiologic. De regulă, deteriorarea cognitivă asociată cu schizofrenia este mai puțin severă decât cea observată în demență.

**Tulburarea depresivă majoră** poate fi asociată cu acuze de deteriorare a memoriei, dificultate în gândire și în concentrare și o reducere globală a capacităților intelectuale. Uneori indivizii (cu tulburare depresivă majoră) obțin rezultate modeste la examinările statusului mental și la testarea neuropsihologică. În special la persoanele în etate, adesea este dificil să se precizeze dacă simptomele cognitive sunt explicate mai bine de o demență ori de un episod depresiv major. Acest diagnostic diferențial poate fi clarificat printr-o evaluare medicală detaliată și o evaluare a debutului perturbării, succesiunea temporală a simptomelor depresive și cognitive, evoluția maladiei, istoricul familial și răspunsul la tratament. Starea premorbidă a individului poate ajuta la diferențierea „pseudodemenței" (adică, a deteriorărilor cognitive datorate episodului depresiv major) de demență. În demență există de regulă un istoric premorbid de declin al activității cognitive, pe când individul cu un episod depresiv major are mult mai probabil o stare premorbidă relativ normală, iar declinul cognitiv abrupt este asociat cu depresia.

Dacă clinicianul stabilește că, atât demența, cât și tulburarea depresivă majoră sunt prezente, cu etiologii independente, trebuie diagnosticate ambele.

Demența trebuie să fie distinsă de **simulare** și de **tulburarea factice**. Patternurile de deficite cognitive prezentate de simulare și de tulburarea factice nu sunt de regulă constante în timp și nu sunt caracteristice celor tipice observate în demență. De exemplu, indivizii cu tulburare factice sau cu simulare manifestată ca demență pot efectua calcule în timp ce țin scorul în cursul unui joc de cărți, dar se plâng apoi că sunt incapabili să efectueze calcule similare în cursul examinării statusului mental.

Demența trebuie să fie distinsă de declinul normal în funcționarea cognitivă care survine odată cu îmbătrânirea (ca în declinul cognitiv în legătură cu etatea). Diagnosticul de demență este justificat, numai dacă există proba demonstrabilă a unei deteriorări mai mari a memoriei și altă deteriorare cognitivă decât ar fi de expectat datorită proceselor de îmbătrânire normale iar simptomele cauzează deteriorare în funcționarea socială sau profesională.

## 294.1* Demența de tip Alzheimer

### Elemente de diagnostic

Deficitele cognitive (criteriul A) și deteriorarea cerută (criteriul B) sunt discutate la pag. 147–150). Debutul demenței de tip Alzheimer este gradual și implică un declin cognitiv continuu (criteriul C). Din cauza dificultății de a obține proba patologică directă a prezenței maladiei Alzheimer, diagnosticul poate fi pus numai după excluderea altor etiologii pentru demență. De regulă, deficitele cognitive nu se datorează altor condiții ale sistemului nervos central care cauzează deficite progresive de memorie sau cunoaștere (de ex., maladie cerebrovasculară, maladie Parkinson, maladie Huntington), unor condiții sistemice cunoscute a cauza demență (de ex., hipotiroidismul, deficiența de vitamină B12, infecția HIV) ori efectelor persistente ale unei substanțe (de ex., alcoolul) (criteriul D). Dacă există o etiologie adițională (de ex., un traumatism cranian care agravează o demență de tip Alzheimer), ambele tipuri de demență trebuie să fie codificate (vezi demența datorată unor etiologii multiple, pag. 170). Demența de tip Alzheimer nu trebuie diagnosticată, dacă simptomele survin exclusiv în cursul deliriumului (criteriul E). Însă, deliriumul poate fi suprapus peste o demență de tip Alzheimer preexistentă, în care caz este indicat subtipul „cu delirium". În fine, deficitele cognitive nu sunt explicate mai bine de către o altă tulburare de pe axa I (de ex., tulburare depresivă majoră ori schizofrenie) (criteriul F).

### Subtipuri

Etatea la debut a demenței de tip Alzheimer poate fi indicată prin utilizarea unuia dintre următoarele subtipuri:

**Cu debut precoce.** Acest subtip este utilizat dacă debutul demenței survine la etatea de 65 ani sau sub.

**Cu debut tardiv.** Acest subtip este utilizat dacă debutul demenței survine după etatea de 65 ani.

Prezența sau absența unei perturbări de comportament semnificative clinic este indicată prin utilizarea unuia dintre următoarele subtipuri codificate:

**.10 Fără perturbare de comportament.** Acest subtip este utilizat dacă perturbarea cognitivă nu este acompaniată de nici o perturbare de comportament semnificativă clinic.

**.11 Cu perturbare de comportament.** Acest subtip este utilizat dacă perturbarea de comportament este acompaniată de o perturbare de comportament semnificativă clinic (de ex., vagabondaj, agitație).

## Procedee de înregistrare

Codul diagnostic depinde de prezența sau absența unei perturbări de comportament semnificative clinic și nu de faptul dacă debutul demenței este precoce sau tardiv. Astfel, codul diagnostic este 294.10 pentru demența de tip Alzheimer, cu debut precoce, fără perturbare de comportament; 294.10 pentru demența de tip Alzheimer, cu debut tardiv, fără perturbare de comportament; 294.11 pentru demența de tip Alzheimer, cu debut precoce, cu perturbare de comportament și 294.11 pentru demența de tip Alzheimer, cu debut tardiv, cu perturbare de comportament. În plus, 331.0 maladie Alzheimer trebuie codificat pe axa III.

Alte elemente clinice proeminente referitoare la maladia Alzheimer pot fi indicate prin codificarea tulburărilor mentale adiționale specifice datorate maladiei Alzheimer pe axa I. De ex., pentru a indica prezența ideilor delirante proeminente, dispoziția depresivă semnificativă clinic și dezvoltarea unui comportament agresiv persistent, 293.81 Tulburare psihotică datorată maladiei Alzheimer, cu idei delirante; 293.83. Tulburare afectivă datorată maladiei Alzheimer, cu elemente depresive și 310.1 Modificare de personalitate datorată maladiei Alzheimer, tip agresiv, trebuie, de asemenea, codificate pe axa I.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Vezi pag. 150 pentru o discuție generală a elementelor și tulburărilor asociate cu demența. Prevalența demenței de tip Alzheimer este crescută la indivizii cu sindrom Down și la indivizii cu istoric de traumatism cranian. Modificările patologice caracteristice maladiei Alzheimer sunt prezente în creierul indivizilor cu sindrom Down încă de la începutul celui de al patrulea deceniu, deși simptomele clinice ale demenței nu sunt de regulă evidente decât mai târziu.

**Date de laborator asociate.** Nici unul dintre markerii biologici specifici și sensibili larg acceptați, nu este acceptat universal ca diagnostic pentru demența de tip Alzheimer la un individ în viață. În majoritatea cazurilor, atrofia cerebrală este prezentă în demența de tip Alzheimer, cu sulcii corticali și ventriculii cerebrali mai largi decât este de așteptat, dat fiind procesul normal de îmbătrânire. Această

atrofie poate fi demonstrată prin tomografie computerizată (TC) ori prin imagistica cu rezonanță magnetică (RMN). Examinarea microscopică relevează de regulă modificări histopatologice, incluzând plăcile senile, tortuozitățile neurofibrilare, degenerarea granulovacuolară, pierderile neuronale, glioza astrocitară și angiopatia amiloidă. Corpusculii Lewy sunt observați uneori în neuronii corticali.

**Datele examinărilor somatice și condițiile medicale generale.** În primii ani ai maladiei, cu demența de tip Alzhermer sunt asociate puține semne motorii și senzoriale. Mai târziu, în cursul evoluției pot apare mioclonus și tulburări de mers. La aproximativ 10% dintre indivizii cu această tulburare, survin crize epileptice.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Vezi pag. 151 pentru o discuție generală a elementelor specifice culturii și etății asociate cu demența. Debutul tardiv (după etatea de 65 de ani) al demenței de tip Alzheimer este mult mai frecvent decât debutul precoce. Puține cazuri apar înainte de etatea de 50 de ani. Tulburarea este cu puțin mai frecventă la femei decât la bărbați.

## Prevalență

Prevalența demenței de tip Alzheimer crește dramatic odată cu înaintarea în etate, mergând de la 0,6% la bărbați și 0,8% la femei la etatea de 65 ani (toate nivelele de severitate) la 11% la bărbați și 14% la femei la etatea de 85 ani. La etatea de 90 ani, prevalența crește la 21% la bărbați și 25% la femei, iar la etatea de 95 ani prevalența este de 36% la bărbați și de 41% la femei. Cazurile moderate spre severe reprezintă 40%-60% din aceste rate de prevalență estimată.

## Evoluție

Vezi pag. 152 pentru o discuție generală asupra evoluției demenței. Evoluția demenței de tip Alzheimer tinde a fi lent progresivă, cu mai puțin de 3-4 puncte pe an la un instrument de evaluare standard, cum este Mini-Mental State Exam. Sunt observate diverse patternuri de deficite. Un pattern frecvent este cel cu debut insidios, cu deficite precoce în memoria recentă, urmate după câțiva ani de apariția afaziei, apraxiei și agnoziei. Unii indivizi pot prezenta modificări de personalitate, iritabilitate crescută și alte semne și simptome începând din stadiile inițiale și devenind mai pronunțate în stadiile de mijloc ale maladiei. În stadiile tardive ale maladiei, indivizii pot prezenta perturbări motorii și de mers, iar în cele din urmă devin muți și lectuari. Durata medie a maladiei de la debutul simptomelor până la moarte este de 8-10 ani.

## Pattern familial

Comparativ cu populația generală, rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu demență de tip Alzheimer cu debut precoce este foarte probabil că vor pretenta tulburarea. Cazurile cu debut tardiv pot avea, de asemenea, o componentă genetică. În unele familii, demența de tip Alzheimer s-a demonstrat a fi moștenită ca trăsătură dominantă cu linkage pe mai mulți cromozomi incluzând cromozomii 1, 14 și 21. Cu toate acestea, proporția cazurilor care sunt în legătură cu anomalii

ereditare specifice nu este cunoscută. Indivizii purtători ai uneia sau ai ambelor alele care codifică apolipoproteina E-4 (APOE-4) pe cromozomul 19 prezintă un risc crescut pentru maladia Alzheimer cu debut tardiv, deși această genă nu este în sine o cauză a tulburării.

### Diagnostic diferențial

Vezi pag. 152 pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al demenței.

## Criteriile de diagnostic pentru 294.1x Demența de Tip Alzheimer

A. Dezvoltarea de deficite cognitive multiple, manifestate prin ambele:
   (1) deteriorarea memoriei (deteriorarea capacității de a învăța o informație nouă ori de a evoca o informație învățată anterior);
   (2) una (sau mai multe) din următoarele perturbări cognitive:
      (a) afazie (perturbare de limbaj);
      (b) apraxie (deteriorarea capacității de a realiza activități motorii, în disprețul funcției motorii intacte);
      (c) agnozie (incapacitatea de a recunoaște sau identifica obiectele, în disprețul funcției senzoriale intacte);
      (d) perturbare în funcția de execuție (adică, în planificare, organizare, secvențiere, abstractizare).

B. Deficitele cognitive de la criteriile A1 și A2 cauzează, fiecare, o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

C. Evoluția este caracterizată prin debut gradual și declin cognitiv continuu.

D. Deficitele cognitive de la criteriile A1 și A2 nu se datorează nici uneia din următoarele:
   (1) altor condiții ale sistemului nervos central care cauzează deficite progresive de memorie și cunoaștere (de ex., maladie cerebrovasculară, maladie Parkinson, maladie Huntington, hematom subdural, hidrocefalie cu presiune normală, tumoră cerebrală);
   (2) condițiilor sistemice, cunoscute a cauza demență (de ex., hipotiroidismul, deficiența de vitamină B12 sau de acid folic, deficiența de niacină, hipercalcemia, neurosifilisul, infecția cu HIV);
   (3) condițiile induse de o substanță.

E. Deficitele nu survin exclusiv în cursul unui delirium.

F. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (de ex., tulburarea depresivă majoră, schizofrenia).

*Se codifică* pe baza prezenței sau absenței unei perturbări de comportament semnificative clinic:

**294.10 Fără perturbare de comportament**: dacă perturbarea cognitivă nu este acompaniată de nici o perturbare de comportament semnificativă clinic.

### Criteriile de diagnostic pentru 294.1x Demența de Tip Alzheimer

**294.11 Cu perturbare de comportament**: dacă perturbarea cognitivă este acompaniată de o perturbare de comportament semnificativă clinic (de ex., vagabondaj, agitație).

*De specificat subtipul:*

**Cu debut precoce:** dacă debutul survine la etatea de 65 ani sau sub

**Cu debut tardiv:** dacă debutul are loc după etatea de 65 de ani

**Notă de codificare:** Se codifică, de asemenea, 331.0 Maladie Alzheimer pe axa III. Alte elemente clinice proeminente în legătură cu maladia Alzheimer se menționează pe axa I (de ex., 293.83 Tulburare afectivă datorată maladiei Alzheimer, cu elemente depresive și 301.1 Modificare de personalitate de tip agresiv, datorată maladiei Alzheimer).

## 290.4x Demența Vasculară (*anterior*, Demența Multiinfarct)

### Elemente de diagnostic

Deficitele cognitive (criteriul A) și deteriorarea cerută (criteriul B) din demența vasculară sunt discutate la pag. 147–150. Trebuie să existe proba unei maladii cerebrovasculare (adică, semne și simptome neurologice de focar sau date de laborator), care este considerată a fi etiologic în relație cu demența (criteriul C). Semnele și simptomele neurologice de focar includ semnul Babinski, paralizia pseudobulbară, tulburările de mers, exagerarea reflexelor osteotendinoase ori lipsa de forță musculară într-o extremitate. Tomografia computerizată (CT) a capului și imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) demonstrează de regulă prezența unor leziuni vasculare multiple în cortextul cerebral și în structurile subcorticale. Demența vasculară nu este diagnosticată dacă simptomele survin exclusiv în cursul deliriumului (criteriul D). Deliriumul poate fi suprapus însă, peste o demență vasculară preexistentă, în care caz este indicat subtipul cu delirium.

### Subtipuri

Prin convenția ICD-9-CM, demența vasculară este singurul tip de demență care face uz de subtipuri pentru a indica prezența de simtome asociate semnificative. Următoarele subtipuri trebuie să fie utilizate pentru a indica elementele predominante ale tabloului clinic curent :

**Cu delirium**. Acest subtip este utilizat dacă deliriumul este suprapus peste demență.

**Cu idei delirante**. Acest subtip este utilizat dacă ideile delirante sunt elementul predominant.

**Cu dispoziție depresivă.** Acest subtip este utilizat dacă dispoziția depresivă (incluzând tablouri clinice care satisfac criteriile simptomatologice pentru episodul depresiv major) este elementul predominant. Un diagnostic separat de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale nu este pus.
**Necomplicat.** Acest subtip este utilizat dacă nici unul din elementele de mai sus nu predomină în tabloul clinic curent.

Specificantul **Cu perturbare de comportament** (care nu poate fi codificat) poate fi, de asemenea, utilizat pentru a indica perturbările de comportament semnificative clinic (de ex., vagabondajul).

## Procedee de înregistrare

Prin convenția ICD-9-CM, numai demența vasculară și demența de tip Alzheimer au subtipuri condificabile. Codurile diagnostice pentru demența vasculară depind de subtipul pentru elementele predominante: 290.41 pentru „cu delirium", 290.42 pentru „cu idei delirante", 290.43 pentru „cu dispoziție depresivă", 290.40 pentru „necomplicat". Specificantul „cu perturbare de comportament" nu este codificat și poate fi aplicat la fiecare din subtipurile de mai sus (de ex., 290.43 Demență vasculară, cu dispoziție depresivă și cu perturbare de comportament). Pe lângă aceasta, condiția cerebrovasculară trebuie să fie codificată pe axa III (de ex., 436 Ictus).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemete descriptive și tulburări mentale asociate.** Vezi pag. 150, pentru o discuție generală a elementelor și tulburările asociate cu demența.

**Date de laborator asociate.** Întinderea leziunilor sistemului nervos central, detectate prin tomografia computerizată și imagistica prin rezonanță magnetică, depășește de regulă întinderea modificărilor detectate în creierul persoanelor în etate sănătoase (de ex., hiperintensitățile periventriculare și din substanța albă observate pe imaginile RMN). Leziunile apar adesea, atât în substanța albă, cât și în structurile substanței cenușii, inclusiv în regiunile și nucleii subcorticali. Poate fi detectată prezența unor infarcte vechi (de ex., atrofie focală) precum și date ale unei maladii mai recente. Datele EEG pot reflecta leziuni focale în creier. În plus, mai poate exista proba de laborator a condițiilor cardiace și vasculare sistemice asociate (de ex., anomalii ECG, proba de laborator a insuficienței renale).

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Semnele neurologice comune (de ex., reflexe anormale, scăderea forței musculare într-o extremitate, perturbarea mersului) sunt discutate în secțiunea „Elemente de diagnostic". Adesea există proba unei hipertensiuni arteriale foarte vechi (de ex., anomalii de fund de ochi, cord mărit), a unei maladii cardiace valvulare (de ex., zgomote cardiace anormale) ori a unei maladii vasculare extracraniene, care poate fi sursă de emboli cerebrali. Un singur ictus poate cauza o modificare relativ circumscrisă în starea mentală (de ex., o afazie urmând unei leziuni a emisferei cerebrale stângi ori o tulburare amnestică prin infarctizare în teritoriul de distribuție al arterelor cerebrale posterioare), dar în general nu cauzează demență vasculară, care rezultă tipic din survenirea unor ictusuri multiple, de regulă la date diferite.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Vezi pag. 151 pentru o discuție generală a elementelor culturii și etății în demență.

Debutul demenței vasculare survine în mod tipic mai precoce decât cel al demenței de tip Alzheimer. Tulburarea este, după cât se pare, mai frecventă la bărbați decât la femei.

## Prevalență

Demența vasculară este raportată mult mai puțin frecvent decât demența de tip Alzheimer.

## Evoluție

Vezi pag. 152 pentru o discuție generală a evoluției demenței. Debutul demenței vasculare este de regulă brusc și este urmat de o evoluție în trepte și fluctuantă, caracterizată mai curând prin modificări rapide în funcționare decât printr-o progresiune lentă. Evoluția poate fi extrem de variabilă însă, iar un debut insidios cu declin gradual este, de asemenea, întâlnit. De regulă, patternul de deficite este „parcelar", depinzând de care regiuni ale creierului au fost distruse. Anumite funcții cognitive pot fi afectate precoce, în timp ce altele rămân relativ indemne. Tratamentul precoce al hipertensiunii și maladiei vasculare poate preveni progresiunea ulterioară.

## Diagnostic diferențial

Vezi pag. 152 pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al demenței.

## Criteriile de diagnostic pentru 290.4x Demența Vasculară

A. Dezvoltarea de deficite cognitive multiple manifestată prin ambele

(1) deteriorarea memoriei (deteriorarea capacității de a învăța informații noi sau de a evoca informații învățate anterior),

(2) una (sau mai multe) dintre următoarele perturbări cognitive:
(a) afazie (perturbare de limbaj);
(b) apraxie (deteriorarea capacității de a efectua activități motorii, în disprețul funcției motorii intacte);
(c) agnozie (incapacitatea de a recunoaște sau identifica obiectele în disprețul funcției senzoriale intacte);
(d) perturbare în funcția de execuție (adică, în planificare, organizare, secvențiere, abstractizare).

B. Deficitele cognitive de la criteriile A1 și A2 cauzează fiecare o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

C. Semne și simptome neurologice de focar (de ex., exagerarea reflexelor osteotendinoase, semnul Babinski, paralizie pseudobulbară, tulburări de mers, scăderea forței musculare într-o extremitate) ori date de laborator indicând o maladie cerebrovasculară (de ex., infarcte multiple implicând cortexul și substanța albă subiacentă) care sunt considerate a fi etiologic în relație cu perturbarea.

D. Deficitele nu survin exclusiv în cursul deliriumului.

*Se codifică* pe baza elementelor predominante:

**290.41 Cu delirium**: dacă deliriumul este suprapus peste demență
**290.42 Cu idei delirante**: dacă ideile delirante sunt elementul predominant
**290.43 Cu dispoziție depresivă**: dacă dispoziția depresivă (incluzând tablouri clinice care satisfac criteriile simptomatologice complete pentru un episod depresiv major) este elementul predominant. Un diagnostic separat de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale nu este pus
**290.40 Necomplicată**: dacă nici unul dintre elementele de mai sus nu predomină în tabloul clinic curent

*De specificat* dacă:

Cu perturbare de comportament

**Notă de codificare:** A se codifica, de asemenea, condiția cerebrovasculară pe axa III.

# Demențele datorate altor Condiții Medicale Generale

## Elemente de diagnostic

Deficitele cognitive (criteriul A) și deteriorarea cerută (criteriul B) ale demenței datorate altor condiții medicale generale sunt discutate la pag. 147–150. Din istoric, examenul somatic ori datele de laborator, trebuie să rezulte că condiția medicală generală este etiologic în relație cu demența (de ex., infecție cu virusul imunodeficienței umane (HIV), leziuni cerebrale traumatice, maladie Parkinson, maladie Huntington, maladie Pick, maladie Creutzfeldt-Jakob, hidrocefalie cu presiune normală, hipotiroidism, tumoră cerebrală sau deficiență de vitamină B12) (criteriul C). Demența datorată unei condiții medicale generale nu este diagnosticată, dacă simptomele survin exclusiv în cursul deliriumului (criteriul D). Deliriumul însă, poate fi suprapus peste o demență preexistentă datorată unei condiții medicale generale, caz în care trebuie puse ambele diagnostice.

În a preciza dacă demența este datorată unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să stabilească mai întâi prezența unei condiții medicale generale. Apoi, clinicianul trebuie să stabilească faptul că demența este relaționată etiologic cu condiția medicală generală printr-un mecanism fiziologic. Pentru a face această judecată, este necesară o evaluare atentă și cuprinzătoare a numeroși factori. Cu toate că nu există criterii infailibile pentru a stabili dacă relația dintre demență și condiția medicală este etiologică, câteva considerente oferă o oarecare ghidare în acest domeniu. Un considerent în acest sens îl constituie prezența unei asocieri temporale între debutul sau exacerbarea condiției medicale generale în discuție și cel al deficitelor cognitive. Datele din literatură, care sugerează că poate exista o asociere directă între condiția medicală generală în discuție și apariția unei demențe, pot oferi un context util în evaluarea unei anumite situații. În afară de aceasta, clinicianul trebuie să aprecieze, de asemenea, dacă perturbarea nu este explicată mai bine de demența de tip Alzheimer, de demența vasculară, de demența persistentă indusă de o substanță ori de o altă tulburare mentală (de ex., tulburarea depresivă majoră). Aceste precizări sunt explicate mai în detaliu în secțiunea „Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale" (pag. 181).

Vezi pag. 150 pentru o discuție generală a elementelor și tulburărilor asociate cu demența.

## Subtipuri

Prezența sau absența unei perturbări de comportament semnificative clinic poate fi indicată prin utilizarea unuia dintre următoarele subtipuri codificate:

**.10 Fără perturbare de comportament.** Acest subtip este utilizat dacă pertrbarea cognitivă nu este acompaniată de nici o perturbare de comportament semnificativă clinic.

**.11 Cu perturbare de comportament.** Acest subtip este utilizat dacă perturbarea cognitivă este acompaniată de o perturbare de comportament (de ex., vagabondaj, agitație).

## Procedee de înregistrare

Codurile diagnostice sunt selectate în funcție de existența unei perturbări de comportament semnificative clinic (adică, codul diagnostic 294.10 se aplică atunci când nu există nici o perturbare de comportament semnificativă clinic, iar 294.11 se aplică atunci când există o perturbare de comportament semnificativă clinic care acompaniază deficitele cognitive). Codul ICD-9-CM

Pentru condiția etiologică trebie, de asemenea, notat pe axa III (de ex.,332.0 Maladie Parkinson, 331.1 Maladie Pick, 244.9 Hipotiroidism). (Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnostice ICD-9-CM ale condițiilor medicale generale).

La un individ cu un istoric de demență stabilit, un delirium suprapus, datorat unei condiții medicale generale, trebuie să fie notat prin codificarea, atât a demenței, cât și a deliriumului pe axa I (de ex., 294.1 Demență datorată maladiei Parkinson și 293.0 Delirium datorat encefalopatiei hepatice). Aceasta este în contradicție cu demența vasculară, în care este specificat subtipul „cu delirium".

Alte elemente clinice proeminente în legătură cu condiția medicală generală etiologică pot fi indicate prin codificarea tulburării mentale adiționale specifice datorate condiției medicale generale pe axa I. De exemplu, pentru a indica prezența ideilor delirante proeminente, a dispoziției depresive semnificative clinic și a unei modificări spre o personalitate labilă, la un individ cu o demență datorată maladiei Parkinson, trebuie codificat pe axa I 293. 81 Tulburare psihotică datorată maladiei Parkinson, cu idei delirante; 293.83 Tulburare afectivă datorată maladiei Parkinson, cu elemente depresive și 310.1 Modificare de personalitate datorată maladiei Parkinson, tip labil.

## 294.1x* Demența datorată Maladiei HIV

Elementul esențial al demenței datorate maladiei HIV îl constituie prezența unei demențe considerate a fi consecința fiziologică directă a maladiei produse de virusul imunodeficienței umane (HIV). Datele neuropatologice implică cel mai frecvent distrucția multifocală, difuză, a substanței albe și a structurilor subcorticale. Lichidul cefalorahidian poate prezenta o proteinorahie normală sau ușor crescută și o limfocitoză ușoară, iar HIV poate fi izolat de regulă direct din lichidul cefalorahidian. Demența asociată cu infecția HIV directă a sistemului nervos central se caracterizează de regulă prin uitare, lentoare, concentrare redusă și dificultăți în rezolvarea de probleme. Manifestările comportamentale cele mai frecvente includ apatia și retragerea socială, iar ocazional acestea pot fi acompaniate de delirium, idei delirante sau de halucinații. La examenul somatic pot fi prezente tremorul, alterarea mișcărilor repetitive rapide, dezechilibrul, ataxia, hipertonia, hiperreflexia generalizată, semnele pozitive de eliberare frontală, alterarea mișcărilor oculare de urmărire și sacadice. De asemenea, și copiii pot dezvolta o demență datorată HIV, care se manifestă de regulă prin întârzieri în dezvoltare, hipertonie, microcefalie și calcificarea ganglionilor bazali. Demența asociată cu HIV poate rezulta, de asemenea, din tumori ale sistemului nervos central (de ex., un limfom primitiv al sistemului nervos central) și din infecții oportuniste (de ex., toxoplasmoza, infecția cu citomegalovirus, criptococoza, tuberculoza și sifilisul), în care caz trebuie să fie diagnosticat tipul corespunzător de

demență (de ex., 294.1 Demență datorată toxoplasmozei). Pot fi, de asemenea, prezente infecții sistemice rare (de ex., pneumonia cu *pneumocystis carinii*) ori neoplasme rare (de ex., sarcomul Kaposi).

## 294.1* Demența datorată Traumatismului Cranian

Elementul esențial al demenței datorate traumatismului cranian îl constituie prezența unei demențe considerate a fi consecința fiziopatologică directă a traumatismului cranian. Gradul și tipul de deteriorări cognitive și de perturbări de comportament depinde de localizarea și întinderea leziunii cerebrale. Amnezia posttraumatică este frecvent prezentă împreună cu deteriorarea persistentă de memorie. Poate fi evidentă o varietate de alte simptome comportamentale, cu sau fără prezența de deficite motorii sau senzoriale. Aceste simptome includ afazia, problemele de atenție, iritabilitatea, anxietatea, depresia sau labilitatea afectivă, apatia, agresivitatea crescută ori alte modificări de personalitate. Intoxicația cu alcool ori cu altă substanță este adesea prezentă la indivizii cu traumatisme acute ale craniului, iar abuzul sau dependența concomitentă de o substanță pot fi, de asemenea, prezente. Traumatismele craniene survin cel mai adesea la bărbații tineri și sunt asociate cu comportamente de asumare a riscului. Când aceasta survine în contextul unui singur traumatism, demența datorată traumatismului cranian nu este de regulă progresivă, dar traumatisme craniene repetate (de ex., prin box) pot duce la o demență progresivă (așa numita dementia pugilistica). Un traumatism cranian unic, urmat de un declin progresiv în funcționarea cognitivă, poate crește posibilitatea unui alt proces suprapus, cum ar fi hidrocefalia ori un episod depresiv major.

## 294.1x* Demența datorată Maladiei Parkinson

Elementul esențial al demenței datorate maladiei Parkinson îl constituie prezența unei demențe considerate a fi consecința fiziopatologică directă a maladiei Parkinson. Maladia Parkinson este o condiție neurologică lent progresivă, caracterizată prin tremor, rigiditate, bradikinezie și instabilitate posturală. Demența a fost raportată ca apărând la aproximativ 20%-60% dintre indivizii cu maladie Parkinson și este foarte posibil să fie prezentă la indivizii mai în etate ori la cei cu o formă de maladie mai severă sau mai avansată. Demența asociată cu maladia Parkinson este caracterizată prin lentoare motorie și cognitivă, disfuncție în execuție și deteriorare în evocarea mnezică. Declinul performanței cognitive la indivizii cu maladie Parkinson este exacerbat frecvent de depresie. Datele examinării somatice includ semnele motorii anormale caracteristice de tremor de repaus, prezența lentorii și deficitului de mișcare (cum ar fi micrografia) sau rigiditatea musculară și pierderea mișcărilor asociate. La autopsie, se constată pierderi neuronale și corpusculi Lewy în substanția nigra. Există o serie de sindrome care se pot manifesta prin demență, tulburări de mișcare parkinsoniene și elemente neurologice suplimentare (de ex., paralizia supranucleară progresivă, degenerescența olivopontocerebeloasă și demența vasculară). La unii indivizi cu maladie Parkinson și demență se constată la autopsie că au o neuropatologie coexistentă sugestivă de maladie Alzheimer ori de maladie cu corpusculi Lewy difuzi.

Demența datorată maladiei cu corpusculi Lewy în absența manifestărilor parkinsoniene (cum ar fi, tremorul sau rigiditatea plastică) trebuie să fie diagnosticată ca demență datorată maladiei cu corpusculi Lewy, una dintre demențele datorate altor condiții medicale generale (vezi pag. 167).

## 294.1 Demența datorată Maladiei Huntington

Elementul esențial al demenței datorate maladiei Huntington îl constituie prezența unei demențe considerate a fi consecința fiziopatologică directă a maladiei Huntington. Maladia Huntington este o maladie degenerativă progresivă moștenită a cunoașterii, emoției (afectivității) și mișcării. Maladia afectează bărbații și femeile în egală măsură și este transmisă de o genă dominantă autosomală unică de pe brațul scurt al cromozomului 4. Maladia este de regulă diagnosticată spre finele anilor 30 și începutul anilor 40, dar poate debuta chiar de la etatea de 4 ani, în forma sa juvenilă (infantilă) ori după etatea de 85 de ani, în forma cu debut tardiv. Debutul maladiei Huntington este adesea inaugurat de modificări insidioase în comportament și personalitate, incluzând depresia, iritabilitatea și anxietatea. Unii indivizi se prezintă cu anomalii de mișcare care amintesc o neliniște crescută și care mai târziu progresează spre coreoatetoza generalizată caracteristică. Dificultățile în evocarea mnezică, în funcția de execuție și în judecată sunt de regulă precoce în cursul evoluției, cu deficite de memorie mai severe care survin pe măsură ce maladia progresează. Limbajul dezorganizat și elementele psihotice sunt uneori prezente. Târziu, în cursul evoluției, „ventriculi furgon" datorați atrofiei striatului pot fi văzuți pe imagistica cerebrală structurală. Tomografia prin emisiune de pozitroni (TEP) poate arăta un hipometabolism striatal precoce în cursul maladiei. Descendenții indivizilor cu maladie Huntington au 50% șansă de a dezvolta maladia. Este disponibil un test genetic pentru a determina cu relativă certitudine dacă este posibil ca un individ dat, în perioada de risc, să prezinte maladia; astfel de teste pot fi administrate cel mai bine însă de către centre cu experiență în consilierea și urmărirea indivizilor cu risc de maladie Huntington.

## 294.1x* Demența datorată Maladiei Pick

Elementul esențial al demenței datorate maladiei Pick îl constituie prezența unei demențe considerate a fi consecința fiziopatologică directă a maladiei Pick. Maladia Pick este o maladie degenerativă a creierului care afectează în special lobii frontal și temporal. Ca și alte demențe ale lobului frontal, maladia Pick este caracterizată clinic prin modificări de personalitate la începutul evoluției, deteriorarea aptitudinilor sociale, aplatizare emoțională, dezinhibiție comportamentală și anomalii notabile de limbaj. Dificultățile în legătură cu memoria, apraxia și alte elemente ale demenței apar de regulă mai târziu în cursul evoluției. Pot fi prezente reflexe primitive remarcabile (naso-labial, de sugere, de apucare). Pe măsură ce demența progresează, poate fi însoțită, fie de apatie, fie de agitație extremă. Indivizii pot dezvolta astfel de probleme severe în limbaj, atenție sau comportament, încât poate fi dificil de evaluat gradul lor de deteriorare cognitivă. Imagistica cerebrală structurală relevă de regulă o atrofie frontală și/sau temporală notabilă, iar imagistica cerebrală funcțională poate localiza hipometabolismul

frontotemporal, chiar în absența unei atrofii structurale clare. Tulburarea se manifestă cel mai frecvent la indivizii între 50 și 60 de ani, deși poate apare și la indivizi mai bătrâni. Maladia Pick este una dintre etiologiile distincte patologic din grupul heterogen al proceselor demențiale care sunt asociate cu atrofie cerebrală frontotemporală. Diagnosticul specific de demență de lob frontal, cum este maladia Pick, este stabilit de regulă la autopsie prin evidențierea de corpi caracteristici incluziunilor intraneuronale argentofile Pick patologice. Din punct de vedere clinic, maladia Pick adesea nu poate fi distinsă cu certitudine de cazurile atipice de maladie Alzheimer ori de alte demențe care afectează lobii frontali. Demența datorată altei degenerescențe frontotemporale decât maladia Pick trebuie diagnosticată ca demență datorată degenerescenței frontotemporale, una dintre demențele datorate altor condiții medicale generale (vezi pag. 167).

## 290.1x* Demența datorată Maladiei Creutzfeldt-Jakob

Elementul esențial al demenței datorate maladiei Creutzfeldt-Jakob îl constituie prezența unei demențe considerate a fi consecința fiziopatologică directă a maladiei Creutzfeldt-Jakob. Maladia Creutzfeldt-Jakob este una dintre encefalopatiile spongiforme subacute, un grup de maladii ale sistemului nervos central cauzate de agenți transmisibili cunoscuți ca „virusuri lente" sau prioni. De regulă, indivizii cu maladie Creutzfeldt-Jakob prezintă triada clinică de demență, mișcări involuntare (în special mioclonus) și activitate EEG periodică. Până la 25% dintre indivizii cu această tulburare însă pot prezenta tablouri clinice atipice, iar maladia poate fi confirmată numai prin biopsie ori la autopsie, prin demonstrarea modificărilor neuropatologice spongiforme. Maladia Creutzfeldt-Jakob poate apare la orice etate la adulți, dar cel mai frecvent când aceștia sunt în etate de 40-60 de ani. În 5% până la 15% dintre cazuri poate exista o componentă familială. Simptomele prodromale ale maladiei Creutzfeldt-Jakob pot include fatigabilitatea, anxietatea ori probleme cu apetitul, somnolența ori concentrarea, și pot fi urmate după câteva săptămâni de incoordonare, alterarea vederii sau mers anormal ori alte mișcări care pot fi mioclonice, coreoatetoide ori balistice, asociate cu o demență rapid progresivă. Maladia progresează de regulă foarte repede, în decurs de câteva luni, cu toate că, mai rar, poate evolua și timp de ani, și poate părea, în evoluția sa, similară altor demențe. Nu există date distinctive la analiza lichidului cefalorahidian, dar au fost descoperiți o serie de biomarkeri reliabili. O atrofie nespecifică poate fi evidențiată la neuroimagistică. La cei mai mulți indivizi, EEG relevă de regulă picuri periodice, adesea trifazice și descărcări sincrone cu o frecvență de 0,5-2 Hz la un moment dat în cursul tulburării. Agentul transmisibil considerat a fi responsabil de maladia Creutzfeldt-Jakob este rezistent la fierbere, formalină, alcool și radiația ultravioletă, dar poate fi inactivat prin autoclavare sub presiune ori cu apa oxigenată. A fost confirmată transmisia prin transplantarea corneei și prin injectarea cu factor uman de creștere, precum și cazuri anecdotice de transmisie la personalul medico-sanitar. Prin urmare, când se practică o intervenție neurochirurgicală, o biopsie cerebrală ori o autopsie a creierului, trebuie luate precauții universal valabile, atât cu țesutul, cât și cu echipamentul

care vine în contact cu acesta. Transmisia interspecii a infecțiilor prionice, cu agenți strâns înrudiți cu forma umană, a fost demonstrată (de ex., epidemia de encefalopatie spongiformă bovină [maladia vacii nebune], varianta umană a maladiei Creutzfeldt-Jakob în Regatul Unit de la mijlocul anilor '90).

## 294.1x* Demența datorată altor Condiții Medicale Generale

Pe lângă categoriile specifice mai sus descrise, un număr de alte condiții medicale generale pot cauza demență. Două dintre cele mai cunoscute sunt datorate corpusculilor Lewy - în legătură cu degenerarea („demența cu corpusculi Lewy „) și degenerescența focală din lobii frontali și temporali („demența frontotemporală"). Demența Parkinson este un exemplu de prima (vezi pag. 164), iar demența datorată maladiei Pick, un exemplu de ultima (vezi pag. 165). Elementele descriptive, evoluția și etiologia demențelor datorate maladiei cu corpusculi Lewy difuzi fără maladie Parkinson și demența datorată degenerescenței frontotemporale, alta decât maladia Pick, necesită cercetări ulterioare. Alte condiții asociate cu demență includ leziunile structurale (ale sistemului nervos central) ( tumorile cerebrale primare sau secundare, hematomul subdural, hidrocefalia lent progresivă ori cu presiune normală), condițiile endocrine (hipotiroidismul, hipercalcemia, hipoglicemia), condițiile nutriționale (deficiențele de tiamină sau de niacină), alte condiții infecțioase (neurosifilisul, criptococoza), tulburările imunologice (de ex., arterita temporală, lupusul eritematos sistemic), deranjamentele funcțiilor renală și hepatică, condițiile metabolice (de ex., maladia Kufs, adrenoleucodistrofia, leucodistrofia metacromatică și alte maladii de stocaj ale perioadei adulte și copilăriei) și alte condiții neurologice, cum ar fi scleroza multiplă. Cauze insolite de leziuni ale sistemului nervos central, cum ar fi șocul electric sau iradierea craniană, sunt în general evidente din istoric. Tulburările rare, cum ar fi maladiile de stocaj ale copilăriei și perioadei adulte, au un istoric familial ori un tablou clinic distinct. Examenul somatic și datele de laborator asociate, precum și alte elemente clinice, depind de natura și severitatea condiției medicale generale.

### Diagnostic diferențial

Vezi pag. 152 pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al demenței.

### Criteriile de diagnostic pentru 294.1x* Demența datorată Altor Condiții Medicale Generale

A. Dezvoltarea a multiple deficite cognitive manifestate prin ambele:

(1) deteriorarea memoriei (deteriorarea capacității de a învăța informații noi sau de a evoca informații învățate anterior);
(2) una (sau mai multe) dintre următoarele perturbări cognitive:

(a) afazie (perturbare de limbaj);
(b) apraxie (deteriorarea capacității de a efectua activități motorii, în dispretul funcției motorii intacte);
(c) agnozie (incapacitatea de a recunoaște sau de a identifica obiectele, în dispretul funcției senzoriale intacte;
(d) perturbare în funcția de execuție (adică, în planificare, organizare, secvențiere, abstractizare).

B. Deficitele cognitive de la criteriile A1 și A2 cauzează fiecare o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

C. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator rezultă că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale, alta decât maladia Alzheimer sau maladia cerebrovasculară (de ex., infecție HIV, traumatism cranio-cerebral, maladie Parkinson, maladie Huntington, maladie Pick, maladie Creutzfeldt-Jakob, hidrocefalie cu presiune normală, hipotiroidism, tumoră cerebrală sau deficit de vitamina B12).

D. Deficitele nu survin exclusiv în cursul unui delirium.

*A se codifica* pe baza prezenței sau absenței unei perturbări de ccomportament semnificative clinic:

**294.10 Fără perturbare de comportament**: dacă perturbarea cognitivă nu este acompaniată de nici o perturbare de comportament semnificativă clinic.
**294.11 Cu perturbare de comportament**: dacă perturbarea cognitivă este acompaniată de o perturbare de comportament semnificativă clinic (de ex. vagabondaj, agitație).

**Notă de codificare:** A se codifica, de asemenea, condiția medicală generală pe axa III (de ex., 042 Infecție HIV, 854.00 Traumatism cranian, 332.0 Maladie Parkinson, 333.4 Maladie Huntington, 331.1 Maladie Pick, 046.1 Maladie Creutzfeldt-Jakob; vezi anexa G pentru codurile adiționale).

## Demența Persistentă Indusă de o Substanță

### Elemente de diagnostic și elemente asociate

Deficitele cognitive (criteriul A) și deteriorarea cerută (criteriul B) sunt discutate la pag. 147–150. Demența persistentă indusă de o substanță este diagnosticată, dacă simptomele persistă dincolo de durata uzuală a intoxicației sau abstinenței de o substanță sau dacă ele survin exclusiv în cursul unui delirium (criteriul C).

Însă, deliriumul poate fi suprapus peste o demență persistentă preexistentă indusă de o substanță, în care caz trebuie să fie puse ambele diagnostice. Din istoric, examenul somatic și datele de laborator, trebuie să rezulte proba că deficitele sunt etiologic în relație cu efectele persistente ale uzului unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament, expunerea la un toxic) (criteriul D). Această tulburare este denumită „persistentă", deoarece demența persistă mult timp după ce individul a experientat efectele intoxicației ori abstinenței de o substanță.

Elementele asociate cu demența persistentă indusă de o substanță sunt cele asociate cu demențele în general (vezi pag. 147). Chiar dacă actualmente se abțin de la uzul de substanță, cei mai mulți indivizi cu această tulburare au avut anterior un pattern de uz prelungit și excesiv de substanță care a satisfăcut criteriile pentru dependența de o substanță. Deoarece aceste tulburări persistă mult timp după stoparea uzului de substanță, examenele sângelui și urinii pot fi negative pentru substanța etiologică. Etatea la debut a demenței persistente induse de o substanță este rar sub etatea de 20 de ani. Această tulburare are de regulă un debut insidios și o progresiune lentă, de regulă în perioada când persoana justifică diagnosticul de dependență de o substanță. Deficitele sunt de regulă permanente și se pot agrava, chiar dacă încetează uzul de substanță, deși unele cazuri prezintă ameliorări.

Pentru o discuție mai detaliată a elementelor asociate cu tulburările în legătură cu o substanță, vezi pag. 191.

## Procedee de înregistrare

Denumirea diagnosticului începe cu cea a substanței specifice care este presupusă a fi cauzat demența (de ex., alcoolul). Codul diagnostic este selectat din lista claselor de substanțe prevăzute în setul de criterii. Pentru substanțele care nu intră în nici una din clase, trebuie utilizat codul pentru „altă substanță". În afară de acesta, pentru medicamentele prescrise în doze terapeutice, medicamentul specific poate fi indicat prin menționarea codului E corespunzător (vezi anexa G). Când se consideră că mai mult decât o singură substanță joacă un rol important în dezvoltarea demenței persistente, fiecare substanță trebuie să fie menționată separat (de ex., 291.2 Demență persistentă indusă de alcool; 292.82 Demență persistentă indusă de inhalante). Dacă o substanță este considerată a fi factorul etiologic, dar substanța specifică ori clasa de substanțe este necunoscută, diagnosticul este 292.82 Demență persistentă indusă de o substanță necunoscută.

## Substanțele specifice

Demența persistentă indusă de o substanță poate apare în asociație cu următoarele clase de substanțe: alcool, inhalante, sedative, hipnotice și anxiolitice, ori alte substanțe sau substanțe necunoscute. Medicamentele raportate a cauza demența includ anticonvulsivantele și methotrexatul intratecal. Toxicele descrise a evoca simptomele demenței includ plumbul, mercurul, monoxidul de carbon, insecticidele organofosforate și solvenții industriali.

## Diagnostic diferențial

Vezi pag. 152 pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al demenței.

### Criteriile de diagnostic pentru Demența Persistentă indusă de o Substanță

A. Dezvoltarea de deficite cognitive multiple manifestată prin ambele:

(1) deteriorarea memoriei (deteriorarea capacității de a învăța informații noi sau de a evoca informații învățate anterior);
(2) una (sau mai multe) din următoarele perturbări cognitive:

(a) afazie (perturbare de limbaj);
(b) apraxie (deteriorarea capacității de a efectua activități motorii, în disprețul funcției motorii intacte);
(c) agnozie (incapacitatea de a recunoaște sau a identifica obiectele, în disprețul funcției senzoriale intacte);
(e) perturbare în funcția de execuție (adică, în planificare, organizare, secvențiere, abstractizare).

B. Deficitele cognitive de la criteriul A1 și A2 cauzează fiecare deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

C. Deficitele nu apar exclusiv în cursul unui delirium și persistă peste durata uzuală a unei intoxicații ori abstinențe de o substanță.

E. Din istoric, examenul somatic și datele de laborator, rezultă proba că deficitele sunt etiologic în relație cu efectele persistente ale uzului unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament).

*A se codifica* demența persistentă indusă de o substanță specifică astfel:

(291.2 alcool; 292.82 inhalante; 292.8 sedative, hipnotice sau anxiolitice; 292.82 altă substanță ori o substanță necunoscută).

## Demența datorată unor Etiologii Multiple

Categoria demenței datorate unor etiologii multiple este inclusă pentru a atenționa clinicianul asupra situației comune în care demența are mai mult decât o singură etiologie. Mai mult decât o singură condiție medicală generală poate fi etiologic în relație cu demența (de ex., demență de tip Alzheimer și demență datorată traumatismului cranian) ori demența poate fi datorată efectelor combinate ale unei condiții medicale generale (de ex., maladia Parkinson) și uzului îndelungat al unei substanțe (de ex., demența persistentă indusă de alcool).

### Procedee de înregistrare

Demența datorată unor etiologii multiple nu are un cod al său separat și nu trebuie să fie înregistrată ca un diagnostic. De exemplu, atât demența de tip Alzheimer, cât și demența vasculară trebuie să fie diagnosticate la un individ cu demență de tip Alzheimer, cu debut tardiv, fără perturbare de comportament, care, în cursul a mai multe ictusuri, a dezvoltat un declin consecutiv semnificativ în funcționarea cognitivă. În acest exemplu, clinicianul va menționa atât 290.0 Demență

de tip Alzheimer, cu debut tardiv, fără perturbare de comportament și 290.40 Demență vasculară, necomplicată, pe axa I, cât și 331.0 Maladie Alzheimer și 436 Ictus, pe axa III.

### Criteriile de diagnostic pentru Demența datorată unor Etiologii Multiple

A. Dezvoltarea de deficite cognitive multiple manifestate prin ambele:

(1) deteriorarea memoriei (deteriorarea capacității de a învăța informații noi sau de a evoca informații învățate anterior);

(2) una (sau mai multe) dintre următoarele perturbări cognitive:

(a) afazie (perturbare de limbaj);
(b) apraxie (deteriorarea capacității de a efectua activități motorii, în dispretul funcției motorii intacte);
(c) agnozie (incapacitatea de a recunoaște sau identifica obiectele, în dispretul funcției senzoriale intacte);
(d) perturbare în funcția de execuție (adică, în planificare, organizare, secvențiere, abstractizare).

B. Deficitele cognitive de la criteriile A1 și A2 cauzează fiecare deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

C. Din istoric, examenul somatic ori datele de laborator, rezultă proba că perturbarea are mai mult decât o singură etiologie (de ex., un traumatism cranian plus uzul cronic de alcool, demență de tip Alzheimer cu dezvoltarea ulterioară a unei demențe vasculare).

D. Deficitele nu survin exclusiv în cursul unui delirium.

**Notă de codificare:** A se utiliza coduri multiple bazate pe demențe specifice și pe etiologii specifice, de ex., 294.10 Demență de tip Alzheimer, cu debut tardiv, fără perturbare de comportament; 290.40 Demență vasculară, necomplicată.

## 294.8 Demența Fără Altă Specificație

Această categorie trebuie să fie utilizată pentru a diagnostica o demență care nu satisface criteriile pentru nici unul din tipurile specifice descrise în această secțiune. Un exemplu în acest sens este un tablou clinic de demență pentru care nu există suficiente probe pentru a stabili o etiologie specifică.

# Tulburările Amnestice

Tulburările din secțiunea „Tulburările Amnestice" se caracterizează printr-o perturbare de memorie care este datorată, fie efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale, fie efectelor persistente ale unei substanțe (adică, un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic). Tulburările din această secțiune au în comun simptomul de deteriorare a memoriei, dar se diferențiază între ele pe bază de etiologie. Elementele de diagnostic menționate mai jos aparțin **tulburării amnestice persistente datorate unei condiții medicale generale** (de ex., un traumatism fizic și deficiență vitaminică) și **tulburării amnestice persistente induse de o substanță** (inclusiv efectele secundare ale unui medicament). În plus, în această secțiune este inclusă **tulburarea amnestică fără altă specificație**, pentru acele tablouri clinice în care clinicianul este incapabil să precizeze o etiologie specifică pentru perturbarea de memorie. Textul și criteriile pentru tulburările disociative implicând pierderea memoriei nu sunt incluse aici, ci în secțiunea tulburărilor disociative (vezi pag. 519).

## Elemente de diagnostic

Indivizii cu o tulburare amnestică sunt deteriorați în capacitatea lor de a învăța informații noi sau de a evoca informații învățate anterior sau evenimente trecute (criteriul A). Perturbarea de memorie trebuie să fie suficient de severă pentru a cauza o deteriorare marcată în funcționarea socială sau profesională și trebuie să reprezinte un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare (criteriul B). Perturbarea de memorie nu trebuie să survină exclusiv în cursul unui delirium sau al unei demențe (criteriul C). Capacitatea de a învăța și de a evoca o informație nouă este afectată totdeauna într-o tulburare amnestică, în timp ce problemele amintind informația învățată anterior survin inconstant, în funcție de localizarea și severitatea leziunii cerebrale. Deficitul de memorie este mai evident la sarcinile care necesită o evocare spontană și, de asemenea, când examinatorul oferă repere persoanei pentru ca aceasta să-și reamintească o perioadă de timp mai recentă. În funcție de aria cerebrală specifică afectată, deficitele pot fi predominant în legătură cu stimuli verbali sau vizuali. În unele forme de tulburare amnestică, individul își poate aminti lucruri din trecutul foarte îndepărtat mai bine decât evenimente mai recente (de ex., o persoană își poate aminti în detalii vii o ședere în spital care a avut loc cu o decadă înaintea examinării actuale, dar poate să nu aibă nici o idee despre faptul că actualmente se află în spital).

Diagnosticul nu este pus, dacă deteriorarea memoriei survine exclusiv în cursul unui delirium (de ex., survine numai în contextul capacității reduse de a menține și deplasa atenția). Capacitatea de a repeta imediat un fragment secvențial de informație (de ex., un număr) nu este afectată de regulă într-o tulburare amnestică. Când o astfel de deteriorare este evidentă, aceasta sugerează prezența unei perturbări de atenție care poate indica un delirium. Diagnosticul nu este pus, de asemenea, în prezența altor deficite cognitive (de ex., afazie, apraxie, agnozie, perturbare în funcția de execuție) care sunt caracteristice demenței. Indivizii cu o tulburare amnestică pot experienta o deteriorare majoră în funcționarea lor socială și profesională ca rezultat al deficitelor lor mnezice, care, în formele sale extreme, poate necesita supravegherea situațiilor de viață ale acestora, pentru a li se asigura alimentarea și îngrijirea corespunzătoare.

## Elemente și tulburări asociate

O tulburare amnestică este adesea precedată de un tablou clinic evolutiv care include confuzie și dezorientare și, ocazional, probleme de atenție, care sugerează un delirium (de ex., tulburarea amnestică datorată deficienței de tiamină). Confabulația, evidențiată adesea prin relatarea de evenimente imaginare pentru a umple lacunele mnezice, poate fi notată în stadiile precoce ale tulburării amnestice, dar tinde să dispară cu timpul. De aceea, poate fi important să se obțină o informație coroborată de la membrii familiei ori de la alți informatori. Amnezia profundă poate duce la dezorientare în loc și timp, dar mai rar la propria persoană. Dezorientarea la propria persoană poate fi întâlnită la indivizii cu demență, dar este excepțională într-o tulburare amnestică. Cei mai mulți indivizi cu o tulburare amnestică severă nu au conștiința deficitelor lor mnezice și pot nega în mod explicit prezența deteriorării severe a memoriei, în disprețul evidenței de contrariu. Lipsa conștiinței tulburării poate duce la acuzații la adresa altora sau, în cazuri rare, la agitație. Unii indivizi pot recunoaște că au probleme, dar sunt indiferenți. Pot fi întâlnite apatia, lipsa de inițiativă, aplatizarea emoțională ori alte modificări sugestive de alterare a funcției personalității. Indivizii pot fi la prima vedere amabili și agreabili, dar pot avea un grad superficial sau diminuat de expresie afectivă. Indivizii cu amnezie globală tranzitorie par adesea a fi perplecși sau confuzi. Pot fi notate deficite subtile în alte funcții cognitive, dar, prin definiție, acestea nu sunt suficient de severe pentru a cauza o deteriorare semnificativă clinic. Testările neuropsihologice cantitative evidențiază adesea deficite de memorie specifice, în absența altor perturbări cognitive. Performanța la textele standardizate care evaluează evocarea unor evenimente istorice ori personalități publice binecunoscute poate fi variabilă la indivizii cu tulburare amnestică, în funcție de natura și întinderea deficitului.

## Elemente specifice culturii

Fondul cultural și educațional trebuie să fie luat în considerație în evaluarea memoriei. Indivizii din anumite fonduri nu sunt familiarizați cu informațiile utilizate în anumite teste de memorie (de ex., data nașterii, în culturile care nu celebrează în mod curent data nașterii).

## Evoluție

Etatea la debut și evoluția ulterioară a tulburărilor amnestice pot fi foarte diferite, în funcție de procesul patologic primar care cauzează tulburarea amnestică. Leziunile traumatice ale creierului, ictusul sau alte evenimente cerebrovasculare, ori tipuri specifice de expunere la substanțe neurotoxice (de ex., intoxicația cu monoxid de carbon) pot duce la un debut acut al tulburării amnestice. Alte condiții, cum ar fi abuzul prelungit de o substanță, expunerea cronică la neurotoxice ori deficiența nutrițională susținută, pot duce la un debut insidios. Amnezia tranzitorie datorată unei etiologii cerebrovasculare poate fi recurentă, cu episoade durând de la câteva ore la câteva zile. Tulburările amnestice datorate traumatismului cranian pot dura perioade de timp diferite, cu un pattern caracteristic de deficite foarte mari, imediat după traumatism și ameliorare în următorii 2 ani (a fost notată și o ameliorare ulterioară după 24 de luni, dar este mai puțin frecventă). Tulburările datorate

distrugerii structurilor lobului mediotemporal (de ex., prin infarctizare, ablație chirurgicală ori malnutriție, survenind în contextul dependenței alcoolice) pot cauza deteriorări persistente.

## Diagnostic diferențial

Deteriorarea memoriei este, de asemenea, un element al **deliriumului** și **demenței.** În delirium, disfuncția memoriei survine în asociere cu deteriorarea conștienței, cu reducerea capacității de a focaliza, susține sau deplasa atenția. În demență, deteriorarea memoriei trebuie să fie acompaniată de deficite cognitive multiple (adică, de afazie, apraxie, agnozie ori o perturbare în funcția de execuție) care duc la o deteriorare semnificativă clinic.

Tulburarea amnestică trebuie să fie distinsă de **amnezia disociativă** și de amnezia survenind în contextul **altor tulburări disociative** (de ex., **tulburarea de identitate disociativă**). Prin definiție, o tulburare amnestică este datorată efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale ori uzului unei substanțe. În afară de aceasta, amnezia din tulburările disociative nu implică de regulă deficite în învățarea și reproducerea informațiilor noi, indivizii prezentând mai curând o incapacitate circumscrisă de a evoca evenimente anterioare, de regulă de natură traumatică sau stresantă.

Pentru perturbările de memorie (de ex., blackouts) care survin numai în cursul intoxicației sau abstinenței de un drog de abuz, trebuie pus diagnosticul corespunzător de **intoxicație cu o substanță** ori de **abstinență de o substanță** și nu diagnosticul separat de tulburare amnestică. Pentru perturbările de memorie care sunt asociate cu uzul unui medicament trebuie să fie notat „efecte adverse ale unui medicament fără altă specificație" (pag. 736), cu indicarea medicamentului respectiv prin utilizarea unui cod E (vezi anexa G).

Etiologia presupusă a tulburării amnestice determină diagnosticul (textul și criteriile pentru fiecare diagnostic de tulburare amnestică sunt prevăzute separat, puțin mai departe în această secțiune). Dacă se consideră că perturbarea de memorie este consecința efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (inclusiv traumatismul cranian), atunci este pus diagnosticul de **tulburare amnestică datorată unei condiții medicale generale.** Dacă perturbarea de memorie este rezultatul efectelor persistente ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic), atunci este pus diagnosticul de **tulburare amnestică persistentă indusă de o substanță.** Când, atât o substanță (de ex., alcoolul), cât și o condiție medicală generală (de ex., un traumatism cranian) au avut un rol în dezvoltarea perturbării de memorie, sunt puse ambele diagnostice. Dacă nu este posibil să se stabilească o etiologie specifică (adică, disociativă, indusă de o substanță ori datorată unei condiții medicale generale) este diagnosticată **tulburarea amnestică fără altă specificație.**

Tulburarea amnestică trebuie să fie distinsă de **simulare** și de **tulburarea factice.** Această distincție poate fi efectuată cu ajutorul unei testări sistematice a memoriei (care adesea dă rezultate inconstante în tulburarea factice și în simulare) și prin absența unei condiții medicale generale ori a uzului unei substanțe care este etiologic în relație cu deteriorarea memoriei.

Tulburarea amnestică trebuie să fie distinsă de memoria mai puțin eficientă a declinului cognitiv în legătură cu etatea, care se situează în cadrul gamei normative adaptate la etate, expectată pentru individ.

# 294.0 Tulburarea Amnestică datorată unei Condiții Medicale Generale

## Elemente de diagnostic și elemente asociate

Elementele descriptive ale tulburării amnestice datorate unei condiții medicale generale (criteriile A-C sunt discutate la pag. 172). În plus, diagnosticul cere ca din istoric, examenul somatic ori datele de laborator, să fie evident faptul că perturbarea de memorie este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (inclusiv traumatismul fizic) (criteriul D).

În precizarea faptului că perturbarea amnestică este datorată unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să stabilească mai întâi prezența unei condiții medicale generale. Apoi, clinicianul trebuie să stabilească faptul că perturbarea amnestică este etiologic în relație cu condiția medicală generală printr-un mecanism fiziologic. O evaluare atentă și cuprinzătoare a numeroși factori este necesară pentru a face acest raționament. Deși nu există criterii infailibile pentru a preciza dacă relația dintre perturbarea amnestică și condiția medicală generală este etiologică, unele considerente oferă o oarecare ghidare în acest domeniu. Un prim considerent îl constituie prezența unei asocieri temporale între debutul, exacerbarea sau remisiunea condiției medicale generale și cea a perturbării amnestice. Al doilea considerent îl constituie prezența de elemente care sunt atipice deteriorării memoriei în contextul unei tulburări disociative sau al altei tulburări mentale (de ex., etatea la debut ori evoluția atipică). Datele din literatură, care sugerează că poate exista o asociere directă între condiția medicală generală în chestiune și apariția deteriorării memoriei, pot oferi un context util în evaluarea unei anumite situații. Pe lângă aceasta, clinicianul trebuie să aprecieze, de asemenea, dacă perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare disociativă, o tulburare amnestică persistentă indusă de o substanță ori de o altă tulburare mentală primară (de ex., tulburarea depresivă majoră). Aceste precizări sunt explicate mai în detaliu în secțiunea „Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale" (pag. 181).

Indivizii cu tulburare amnestică datorată unei condiții medicale generale prezintă adesea și alte elemente ale maladiei sistemice sau cerebrale primare care a cauzat deteriorarea memoriei. Cu toate acestea însă, statusul mental tulburat poate fi unicul element prezent. Nu există nici un fel de elemente specifice sau de diagnostic detectabile prin procedee cum ar fi imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) ori prin tomografia computerizată (TC). Lezarea structurilor lobului mediotemporal este însă frecventă și poate fi obiectivată de lărgirea celui de al treilea ventricul ori a coarnelor temporale sau de atrofia structurală detectată prin RMN.

## Specificanți

Următorii specificanți trebuie să fie notați pentru a indica durata perturbării:

**Tranzitorie.** Acest specificant este utilizat pentru a indica durate mergând de regulă de la câteva ore la câteva zile, dar nu mai mult decât o lună. Când diagnosticul este pus în cursul primei luni, fără a se aștepta recuperarea, poate fi adăugat termenul de „provizoriu". „Amnezia tranzitorie globală"

este o formă specifică de tulburare amnestică tranzitorie, caracterizată printr-o incapacitate tranzitorie considerabilă de a învăța informații noi și o capacitate variabil deteriorată de a evoca evenimentele care au avut loc chiar înaintea sau la mijlocul problemei etiologice cerebrovasculare.

**Cronică**. Acest specificant este utilizat pentru perturbările care durează mai mult de o lună.

## Procedee de înregistrare

La înregistrarea diagnosticului de tulburare amnestică datorată unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să noteze condiția medicală generală considerată a fi cauzat perturbarea de pe axa I (de ex., 294.0 Tulburare amnestică datorată ictusului). Codul CIM-9-CM pentru condiția medicală generală trebuie, de asemenea, să fie notat pe axa III (de ex., 436 ictus). (Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnostice ICD-9-CM selectate pentru condițiile medicale generale).

## Condiții medicale generale asociate

O tulburare amnestică survine adesea ca rezultat al unor procese patologice (de ex., traumatism cranian închis, plagă penetrantă prin proiectil, intervenție chirurgicală, hipoxie, infarct al teritoriului de distribuție al arterei cerebrale posterioare și encefalită cu herpes simplex) care cauzează lezarea structurilor diencefalice specifice și a structurilor lobului mediotemporal (de ex., corpii mamilari, hipocampul, fornixul). Patologia este cel mai adesea bilaterală, dar deficitele pot proveni și din leziuni unilaterale. Tulburarea amnestică tranzitorie, când este întâlnită ca „amnezie globală tranzitorie", este asociată de regulă cu o maladie cerebrovasculară și patologie în sistemul vertebro-bazilar. Tulburarea amnestică tranzitorie poate proveni, de asemenea, din condiții metabolice sau crize epileptice).

## Diagnostic diferențial

Vezi pag. 174 pentru o discuție a diagnosticului diferențial al tulburărilor amnestice.

### Criteriile de diagnostic pentru 294.0 Tulburarea Amnestică datorată.....
### *[Se indică Condiția Medicală Generală]*

A. Dezvoltarea unei deteriorări a memoriei, manifestată prin perturbarea capacității de a învăța informații noi ori incapacitatea de a evoca informații învățate anterior.

B. Perturbarea memoriei cauzează o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

C. Perturbarea memoriei nu survine exclusiv în cursul unui delirium sau demențe.

D. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, rezultă proba că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (inclusiv traumatismul fizic).

*De specificat* dacă este:

**Tranzitorie:** dacă deteriorarea memoriei durează o lună sau mai puțin.
**Cronică:** dacă deteriorarea memoriei durează mai mult de o lună.

**Notă de codificare:** Numele condiției medicale generale se include pe axa I, de ex., 294.0 Tulburare amnestică datorată unui traumatism cranian; de asemenea, condiția medicală generală se codifica pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).

## Tulburarea Amnestică Persistentă indusă de o Substanță

### Elemente de diagnostic și elemente asociate

Elementele descriptive ale tulburării amnestice persistente induse de o substanță (criteriile A și B) sunt discutate la pag. 172. Perturbarea de memorie nu survine exclusiv în cursul deliriumului sau demenței și persistă peste durata uzuală a intoxicației sau abstinenței de o substanță (criteriul C). În afară de aceasta, pentru a diagnostica tulburarea amnestică persistentă indusă de o substanță, din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, trebuie să rezulte faptul că perturbarea memoriei este etiologic în relație cu efectele persistente ale uzului unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament, expunerea la un toxic) (criteriul D). Această tulburare este etichetată ca „persistentă", deoarece perturbarea de memorie persistă mult timp după ce individul nu mai experientează efectele intoxicației sau abstinenței de o substanță.

Elementele asociate cu tulburarea amnestică persistentă indusă de o substanță sunt cele asociate cu tulburarea amnestică în general (vezi pag. 173). Chiar dacă actualmente sunt abstinenți de substanță, cei mai mulți indivizi cu această tulburare au avut anterior un pattern de uz prelungit și excesiv de substanță care a satisfăcut criteriile pentru dependența de o substanță. Deoarece aceste tulburări

persistă mult timp după ce a încetat uzul de o substanță, examenul sângelui și urinii poate fi negativ pentru substanța etiologică. Debutul survine rar înainte de etatea de 20 de ani. Deteriorarea rezultată poate rămâne stabilă sau se poate agrava, chiar dacă uzul de substanță încetează.

Pentru o discuție mai detaliată a elementelor asociate cu tulburările în legătură cu o substanță, vezi pag. 191.

## Procedee de înregistrare

Denumirea diagnosticului începe cu substanța specifică (de ex., alcool, secobarbital) presupusă a fi cauzat perturbarea memoriei. Codul diagnostic este selectat din lista claselor de substanțe prevăzute în setul de criterii. Pentru substanțele care nu sunt incluse în nici una dintre clase, trebuie să fie utilizat codul pentru „Altă substanță". În afară de aceasta, pentru medicamentele prescrise în doze terapeutice, medicamentul specific poate fi indicat prin menționarea codului E corespunzător (vezi anexa G). Când se consideră că mai mult decât o singură substanță joacă un rol important în dezvoltarea perturbării de memorie, fiecare dintre acestea trebuie să fie menționată separat (de ex., 291.1 Tulburare amnestică persistentă indusă de alcool; 292.83 Tulburare amnestică persistentă indusă de secobarbital). Dacă o substanță este considerată a fi factorul etiologic, dar substanța specifică sau clasa de substanțe este necunoscută, diagnosticul este 292.83 Tulburare amnestică persistentă indusă de o substanță necunoscută.

## Substanțele specifice

Tulburarea amnestică persistentă indusă de o substanță poate surveni în asociere cu următoarele clase de substanțe: alcool, sedative, hipnotice și anxiolitice, alte substanțe sau substanțe necunoscute.

Tulburarea amnestică persistentă indusă de alcool este datorată, evident, deficienței vitaminice care este asociată cu ingestia prelungită și excesivă de alcool. Perturbările neurologice, cum ar fi neuropatia periferică, ataxia cerebeloasă și miopatia, se află printre elementele asociate. Tulburarea amnestică persistentă indusă de alcool datorată deficienței de tiamină (sindromul Korsakov) urmează adesea unui episod acut de encefalopatie Wernicke, o condiție neurologică manifestată prin confuzie, ataxie, anomalii ale mișcărilor globilor oculari (paralizii ale privirii, nistagmus) și alte semne neurologice. Treptat, aceste manifestări dispar, dar deteriorarea majoră a memoriei rămâne. Dacă encefalopatia Wernicke este tratată precoce cu doze mari de tiamină, tulburarea amnestică persistentă datorată alcoolului poate să nu apară. Deși etatea nu este un factor etiologic specific în condiție, indivizii care dezvoltă tulburare amnestică persistentă indusă de alcool au, în general, un trecut de mulți ani de uz de alcool și sunt cel mai adesea în etate de peste 40 de ani. Deși modul de debut este de regulă brusc, unii indivizi pot dezvolta deficite, insidios, în decurs de mulți ani, din cauza insultelor toxice și nutriționale repetate, înaintea apariției unui episod deteriorativ final mai dramatic, evident, în legătură cu deficiența tiaminică. Odată stabilizată, tulburarea amnestică persistentă indusă de alcool persistă indefinit, deși poate exista o ușoară ameliorare în decursul timpului, iar într-un mic număr de cazuri condiția se poate remite. Deteriorarea este de regulă foarte severă și poate fi necesară o îngrijire custodială pe toată viața. Tulburarea amnestică persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice poate urma unui uz prelungit și excesiv de droguri din această clasă.

Evoluția este variabilă și, contrar tulburării amnestice persistente induse de alcool, recuperarea completă poate surveni. Medicamentele descrise a cauza tulburări amnestice includ anticonvulsivantele sau methotrexatul intratecal. Toxicele raportate a evoca simptome de amnézie includ plumbul, mercurul, monoxidul de carbon, insecticidele organofosforate și solvenții industriali.

### Diagnostic diferențial

Vezi pag. 174 pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor amnestice.

### Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Amnestică Persistentă indusă de o Substanță

A. Dezvoltarea unei deteriorări a memoriei, manifestată prin perturbarea capacității de a învăța informații noi sau prin incapacitatea de evoca informații învățate anterior.

B. Perturbarea memoriei cauzează o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

C. Perturbarea de memorie nu survine exclusiv în cursul unui delirium sau demențe și persistă peste durata uzuală a intoxicației sau abstinenței de o substanță.

D. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, rezultă proba ca perturbarea este etiologic în relație cu efectele persistente ale uzului unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament).

Tulburarea amnestică persistentă indusă de o substanță specifică *se codifică* astfel:

(291.1 Alcool; 292.83 Sedative, hipnotice sau anxiolitice; 292.83 Altă substanță sau o substanță necunoscută)

## 294.8 Tulburarea Amnestică Fără Altă Specificație

Această categorie trebuie să fie utilizată la diagnosticarea unei tulburări amnestice care nu satisface criteriile pentru nici unul din tipurile specifice descrise în această secțiune.

Un exemplu în acest sens este un tablou clinic de amnezie pentru care există insuficiente date pentru a stabili o etiologie specifică (adică, disociativă, indusă de o substanță, ori datorată unei condiții medicale generale).

# Alte Tulburări Cognitive

## 294.9 Tulburarea Cognitivă Fără Altă Specificație

Această categorie este destinată tulburărilor caracterizate prin disfuncție cognitivă presupus a fi datorată efectului fiziologic direct al unei condiții medicale generale, care nu satisfac criteriile pentru nici unul dintre tipurile de delirium, demență sau tulburare amnestică menționate în acestă secțiune și care, de asemenea, nu pot fi clasificate mai bine ca delirium fără altă specificație, demență fără altă specificație ori tulburare amnestică fără altă specificație. Pentru disfuncția cognitivă datorată unei substanțe specifice ori necunoscute trebuie să fie utilizată categoria de „Tulburare în legătură cu o substanță fără altă specificație".

Exemplele în acest sens includ:

1. Tulburarea neurocognitivă ușoară: deteriorare în activitatea cognitivă evidențiată prin testare neuropsihologică ori evaluare clinică cuantificată, însoțită de proba obiectivă a unei condiții medicale generale ori de o disfuncție a sistemului nervos central (vezi pag. 762 pentru criteriile de cercetare sugerate).
2. Tulburarea postcontuzională: deteriorare a memoriei sau atenției cu simptome asociate, consecutivă unui traumatism cranian (vezi pag. 760 pentru criteriile de cercetare sugerate).

# Tulburările Mentale datorate unei Condiții Medicale Generale

O tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale este caracterizată prin prezența de simptome mentale considerate a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale. Termenul de *condiție medicală generală* se referă la condițiile care sunt codificate pe axa III și care sunt menționate în afara capitolului „Tulburările mentale" al ICD. (Vezi anexa G pentru lista condensată a acestor condiții). După cum s-a discutat în „Introducerea" la acest manual, menținerea distincției dintre tulburările mentale și condițiile medicale generale nu implică faptul că există diferențe fundamentale în conceptualizarea lor, că tulburările mentale nu sunt în relație cu factori sau procese somatice sau biologice ori că condițiile medicale generale nu au nici o relație cu factori sau procese comportamentale sau psihosociale. Scopul distingerii condițiilor medicale generale de tulburările mentale este acela de a încuraja aprofundarea în evaluare și de a oferi un termen concis care să crească comunicarea dintre cei care se ocupă de îngrijirea sănătății. Însă, în practica clinică, este de dorit să fie utilizată o terminologie mai adecvată pentru a identifica condiția specifică implicată.

În DSM-III-R, tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale și tulburările induse de o substanță erau denumite „organice" și erau menționate împreună într-o singură secțiune. Această diferențiere a tulburărilor mentale „organice" ca o clasă separată implică faptul că tulburările mentale „nonorganice" sau „funcționale" sunt cam fără legătură cu factorii sau procesele somatice sau biologice. DSM-IV elimină termenul de organic și distinge tulburările mentale care se datorează unei condiții medicale generale de cele induse de o substanță și de cele care nu au specificată etiologia. Termenul de *tulburare mentală primară* este utilizat ca o abreviere pentru a indica acele tulburări mentale care nu se datorează unei condiții medicale generale și care nu sunt induse de o substanță.

Textul și criteriile pentru trei din aceste tulburări (adică, **tulburarea catatonică datorată unei condiții medicale generale, modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale** și **tulburarea mentală fără altă specificație datorată unei condiții medicale generale**) sunt incluse în această secțiune. Textul și criteriile pentru condițiile menționate mai jos sunt plasate în alte secțiuni ale manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia. Manualul a fost organizat de o asemenea manieră încât să atenționeze clinicienii să ia în considerație aceste tulburări în efectuarea diagnosticului diferențial.

**293.0 Deliriumul datorat unei condiții medicale generale**. Textul și criteriile sunt incluse în secțiunea „Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburările cognitive", pag. 141.

**—.– Demența datorată unei condiții medicale generale.** Textul și criteriile sunt incluse în secțiunea „Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive, pag. 162.

**294.0 Tulburarea amnestică datorată unei condiții medicale generale.** Textul și criteriile sunt incluse în secțiunea „Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive", pag. 175.

**293.8x Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale.** Textul și criteriile sunt incluse în secțiunea „Schizofrenia și alte tulburări psihotice, pag. 334.

**293.83 Tulburarea afectivă datorată unei condiții** medicale **generale.** Textul și criteriile sunt incluse în secțiunea „Tulburările afective", pag. 401.

**293.89 Tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale.** Textul și criteriile sunt incluse în secțiunea „Tulburările anxioase", pag. 476.

**—.– Disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale.** Textul și criteriile sunt incluse în secțiunea „Tulburările sexuale și de identitate sexuală", pag. 558.

**780.5x Tulburările de somn datorate unei condiții medicale generale.** Textul și criteriile sunt incluse în secțiunea „Tulburările de somn", pag. 651.

## Elemente de diagnostic

În setul de criterii al fiecărei tulburări mentale datorate unei condiții medicale generale apar trei criterii:

**B. Evidența din istoric, examenul somatic și datele de laborator a faptului că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.**

Aplicarea acestui criteriu necesită două judecăți separate: că este prezentă o condiție medicală generală (stabilită prin istoric, examenul somatic și datele de laborator și că perturbarea (de ex., simptomele psihotice, afective sau anxioase) este etiologic în relație cu condiția medicală generală printr-un mecanism fiziologic. Trebuie recunoscut că dacă sau nu o perturbare *este* sau *nu este* datorată efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale reprezintă adesea o dihotomie falsă, adică o condiție medicală generală poate fi parte, dar nu singura etiologie a tulburării Deși nu există criterii infailibile pentru a preciza dacă relația dintre perturbare și condiția medicală generală este etiologică, câteva considerente oferă totuși o ghidare în acest domeniu. Un prim considerent îl constituie prezența unei relații temporale între debutul, exacerbarea sau remisiunea condiției medicale generale și cele ale tulburării mentale (de ex., simptomele anxioase la un individ cu un adenom paratirioidian care se rezolvă după ce excizia chirurgicală restaurează nivelul normal al calciului seric). Deși proba unei relații temporale strânse este adesea utilă, în emiterea unei judecăți referitoare la etiologie există multe excepții. De exemplu, tulburarea psihotică datorată epilepsiei poate surveni la mulți ani după debutul acceselor. În schimb, simptome și semne ale unei tulburări mentale se pot afla printre primele manifestări ale unei maladii sistemice sau cerebrale,

apărând cu luni sau chiar mai mult înaintea detectării procesului patologic subiacent (de ex., dispoziția depresivă care precede mișcările coreiforme în maladia Huntington). De asemenea, tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale pot persista după ce condiția medicală generală s-a rezolvat (de ex., dispoziția depresivă care persistă după substituirea hormonului tiroidian). Mai mult decât atât, o tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale poate fi susceptibilă de tratament simptomatic, chiar dacă condiția medicală generală rămâne activă (de ex., depresia din epilepsie). Tratamentul țintit al condiției medicale generale, care ameliorează atât simptomele condiției medicale generale, cât și perturbarea mentală, poate furniza un argument puternic de relație etiologică.

Un al doilea considerent important îl constituie prezența unor elemente care sunt atipice pentru tulburarea mentală primară. Cel mai comun exemplu îl constituie o etate la debut sau o evoluție atipică (de ex., apariția pentru prima dată a unor simptome similare schizofreniei la un individ în etate de 75 ani). Pot exista elemente asociate insolite (de ex., halucinații vizuale însoțind episoade asemănătoare episoadelor depresive majore) sau elemente de diagnostic disproporționat mai severe decât ar fi de așteptat, dată fiind prezentarea generală (de ex., o pierdere în greutate de 50 de pfunzi la un individ cu simptome depresive, de altfel ușoare, poate sugera prezența unei condiții medicale generale subiacente). Clinicianul trebuie să fie alertat în special de prezența unor deficite cognitive semnificative disproporționate față de cele întâlnite de regulă în tulburarea mentală primară.

Evidența din literatură a unei asocieri bine stabilite sau frecvent întâlnite între condiția medicală generală și fenomenologia unei tulburări mentale specifice poate fi utilă în evaluarea unei anumite situații. Astfel de studii pot oferi proba unei asocieri etiologice plauzibile între simptomele mentale și condiția medicală generală (de ex., sediul leziunii sau un mecanism fiziopatologic cunoscut, în stare să afecteze funcția creierului) și a unei rate de prevalență crescute a simptomelor mentale (adică, deasupra ratei de bază la un control populațional adecvat) la indivizii cu condiția medicală generală. Deși astfel de date sugerează o posibilă relație cauzală între o tulburare mentală și o anumită condiție medicală generală, aceasta nu este suficient pentru a face o precizare într-un caz individual, pentru că studiile de cercetare reflectă media grupului, pe când clinicianul caută să ia o decizie referitoare la un individ. Textul pentru fiecare din tulburările mentale specifice datorate unei condiții medicale generale conține o listă a unora dintre condițiile medicale generale menționate în literatură a fi asociate cu tulburarea mentală specifică respectivă.

**C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală**

În punerea diagnosticului unei tulburări mentale datorate unei condiții medicale generale, este necesar să se excludă tulburările mentale primare și tulburările mentale induse de o substanță. Excluderea tulburărilor mentale primare este adesea dificilă, deoarece indivizii cu tulburări mentale primare au frecvent condiții medicale generale concomitente, dar care nu cauzează simptomele mentale prin mecanism fiziologic direct. Poate exista un număr de alte relații între o tulburare mentală și o condiție medicală generală: condiția medicală generală poate exacerba simptomele sau complica tratamentul tulburării mentale;

cele două pot fi în legătură prin mecanisme nonfiziologice sau concomitența poate fi coincidentală. De exemplu, când simptomele depresive sunt precipitate de condiția medicală generală care acționează ca un stresor psihologic, mai curând decât să rezulte din efectele fiziologice directe ale condiției medicale generale, diagnosticul va fi cel de tulburare depresivă majoră ori de tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă. La un individ cu simptome depresive care apar concomitent cu o condiție medicală generală, un istoric de multe episoade depresive majore ori un istoric familial de depresie vor sugera mai curând diagnosticul de tulburare depresivă majoră decât pe cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale. În cele din urmă, clinicianul trebuie să ia în considerație, de asemenea, faptul că s-ar putea ca simptomele mentale să fie cauzate de un drog de abuz, de un medicament, ori de expunerea la un toxic (vezi pag. 209 pentru liniile directoare). Aceasta este extrem de important, deoarece mulți indivizi cu condiții medicale generale primesc medicamente care au capacitatea de a cauza o tulburare mentală indusă de o substanță.

**D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium**

Dacă simptomele (de ex., psihotice, afective, anxioase) survin numai în cursul perioadelor de delirium, ele sunt considerate a fi elemente asociate ale deliriumului și nu justifică un diagnostic separat. Aceste condiții (de ex., tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale) pot fi diagnosticate separat, numai dacă survin și alte ori decât în cursul deliriumului.

## Procedee de înregistrare

În înregistrarea unei tulburări mentale datorate unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să menționeze atât tipul de perturbare mentală, cât și condiția medicală generală etiologică pe axa I (de ex., 293.83 Tulburare afectivă datorată hipotiroidismului, cu elemente depresive). Codul ICD-9-CM pentru condiția medicală generală (de ex., 244.9 Hipotiroidism), de asemenea, trebuie notat pe axa III. În situațiile în care clinicianul a stabilit că simptomele mentale nu sunt consecința fiziologică directă a condiției medicale generale, tulburarea mentală primară trebuie să fie codificată pe axa I, iar condiția medicală generală pe axa III. (Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnosticelor ICD-9-CM selectate pentru condițiile medicale generale).

## Diagnostic diferențial

O tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale se distinge de o tulburare mentală primară prin aplicarea criteriilor discutate anterior în această secțiune la „Elemente de diagnostic". Când simptomele unei tulburări mentale și ale unei condiții medicale generale apar concomitent este extrem de important să se precizeze, dacă relația etiologică, dacă există, este direct fiziologică (în care caz diagnosticul este cel de tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale) ori prin alt mecanism (în care caz diagnosticul este cel de tulburare mentală primară). În unele cazuri, dezvoltarea unei condiții medicale generale sau prezența unei invalidități asociate, poate precipita sau exacerba o tulburare mentală fără nici o legătură fiziologică cunoscută (de ex., invaliditatea asociată cu osteoartrita poate

juca un rol în apariția unor simptome depresive ori a unui episod depresiv major, dar nu există nici un mecanism fiziologic cunoscut la baza relației etiologice dintre artrită și simptomele depresive). În această situație, tulburarea mentală primară (adică, tulburarea de adaptare sau tulburarea depresivă majoră) trebuie să fie diagnosticate pe axa I, iar condiția medicală generală (adică, osteoartrita) trebuie să fie menționată pe axa III.

O tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale trebuie să fie distinsă, de asemenea, de o **tulburare indusă de o substanță**. Dacă există proba unui uz recent sau prelungit de o substanță ori de expunere la un toxic, trebuie luată în considerație o tulburare indusă de o substanță. Poate fi util să se obțină un screening pentru droguri al urinii și sângelui sau alt examen de laborator adecvat. Simptomele care survin în cursul unei intoxicații sau abstinențe de o substanță, ori în cursul uzului de un medicament sau la scurt timp după aceea (de ex., în decurs de 4 săptămâni) pot fi extrem de evocatoare pentru o tulburare indusă de o substanță, în funcție de tipul și de cantitatea de substanță utilizată sau de durata uzului.

Simptomele deliriumului, demenței, simptomele psihotice, afective, anxioase sau simptomele tulburărilor de somn ori o disfuncție sexuală pot fi cauzate de efectele combinate ale unei condiții medicale generale și de uzul de o substanță (inclusiv de medicamente). În astfel de situații trebuie să fie menționate ambele diagnostice (de ex., tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale și tulburare afectivă indusă de o substanță). Dacă nu este posibil să se precizeze că simptomele mentale se datorează unei condiții medicale generale ori că sunt induse de o substanță, poate fi utilizată categoria de „fără altă specificație" (vezi comentariul de mai jos).

Când, așa cum se întâmplă adesea, tabloul clinic al unei tulburări mentale datorate unei condiții medicale generale conține un amestec de simptome diferite (de ex., de dispoziție și anxioase), este de dorit, în general, să se consemneze un singur diagnostic, pe baza simptomelor care predomină în tabloul clinic. În unele situații, nu este posibil să se precizeze dacă simptomele mentale sunt primare, se datorează unei condiții medicale generale ori sunt induse de o substanță. În astfel de situații, trebuie să fie utilizată categoria de „Fără altă specificație".

## 293.89 Tulburarea Catatonică datorată unei Condiții Medicale Generale

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării catatonice datorate unei condiții medicale generale îl constituie prezența catatoniei, care este considerată a fi datorată efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale. Catatonia se manifestă prin oricare dintre următoarele: imobilitate motorie, activitate motorie excesivă, negativism sau mutism extrem, bizarerii ale mișcărilor voluntare, ecolalie sau ecopraxie (criteriul A). Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, trebuie să rezulte faptul că aceasta (catatonia) este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (criteriul B). Diagnosticul nu este pus, dacă catatonia este explicată mai bine de o altă tulburare mentală (de ex., episodul maniacal) (criteriul C) ori dacă survine exclusiv în cursul unui delirium (criteriul D).

Imobilitatea motorie se poate manifesta prin catalepsie (flexibilitate ceroasă) sau stupor. Activitatea motorie excesivă este, evident, lipsită de scop și nu este influențată de stimuli externi. Mai poate exista un negativism extrem manifestat prin rezistență la orice fel de instrucțiuni sau menținerea unei posturi rigide contra încercărilor de a fi mobilizat. Stranietatea mișcărilor voluntare se manifestă prin asumarea voluntară a unor posturi inadecvate sau bizare ori printr-o grimasare ieșită din comun. Ecolalia este repetarea patologică, asemănătoare psitacismului, și evident fără sens a unui cuvânt sau expresii abia spuse de altă persoană. Ecopraxia este imitarea repetativă a mișcărilor altei persoane.

## Procedee de înregistrare

În înregistrarea tulburării catatonice datorate unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să noteze atât fenomenologia specifică a perturbării, cât și condiția medicală generală identificată a fi cauzat perturbarea de pe axa I (de ex., 293.89 Tulburare catatonică datorată unui neoplasm cerebral malign). Codul ICD-9-CM pentru condiția medicală generală (de ex., 191.9 Neoplasm cerebral malign) trebuie, de asemenea, notat pe axa III. (Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnostice ICD-9-CM selectate pentru condițiile medicale generale).

## Condiții medicale generale asociate

O varietate de condiții medicale generale poate cauza catatonia, dar în special condițiile neurologice (de ex., neoplasmele, traumatismele craniene, maladia cerebrovasculară, encefalita) și condițiile metabolice (de ex., hipercalcemia, encefalopatia hepatică, homocystinuria, cetoacidoza diabetica). Datele examinării somatice asociate, datele de laborator și patternurile de prevalență și debut reflectă pe cele ale condiției medicale generale etiologice.

## Diagnostic diferențial

Diagnosticul separat de tulburare catatonică datorată unei condiții medicale generale nu este pus, dacă catatonia survine exclusiv în cursul unui **delirium.** Dacă individul ia actualmente un medicament neuroleptic, trebuie să fie luate în considerație **tulburările de mișcare induse de medicamente** (de ex., poziția anormală poate fi datorată distoniei acute induse de neuroleptice). De asemenea, simptome catatonice pot fi prezente în schizofrenie și în tulburările afective. **Schizofrenia, tipul catatonic,** se distinge prin absența evidenței unei condiții medicale generale care să fie etiologic în relație cu catatonia și prin prezența altor simptome caracteristice de schizofrenie (de ex., idei delirante, halucinații, limbaj dezorganizat, simptome negative). O **tulburare afectivă cu elemente catatonice** este, în mod asemănător, diferențiată prin absența evidenței unei condiții medicale generale care să fie etiologic în relație cu catatonia și prin prezența de simptome care satisfac criteriile pentru o depresie majoră sau un episod maniacal.

### Criteriile de diagnostic pentru 293.89 Tulburarea Catatonică datorată ... [Se indică Condiția Medicală Generală ]

A. Prezența catatoniei manifestată prin imobilitate motorie, activitate motorie excesivă (care este evident lipsită de scop și neinfluențată de stimuli externi), negativism sau mutism extrem, bizarerii ale mișcărilor voluntare, ecolalie sau ecopraxie.

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator rezultă proba că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de un episod maniacal)

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

**Notă de codificare:** A se include numele condiției medicale generale pe axa I, de ex., 293.89 Tulburare Catatonică datorată encefalopatiei hepatice; de asemenea, condiția medicală generală se codifică pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).

## 310.1 Modificarea de Personalitate datorată unei Condiții Medicale Generale

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al modificării de personalitate datorate unei condiții medicale generale îl constituie o perturbare persistentă de personalitate care este considerată a fi datorată efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale. Perturbarea de personalitate reprezintă o modificare a patternului caracteristic de personalitate anterior al individului. La copii, această condiție se poate manifesta mai curând ca o deviere marcată de la dezvoltarea normală, decât ca o schimbare într-un pattern de personalitate stabil (criteriul A). Din istoric, examenul somatic ori datele de laborator trebuie să fie evident faptul că modificarea de personalitate este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (criteriul B). Diagnosticul nu este pus dacă perturbarea este explicată mai bine de o altă tulburare mentală (criteriul C). De asemenea, diagnosticul nu este pus dacă perturbarea survine exclusiv în cursul unui delirium ori dacă simptomele satisfac criteriile pentru demență (criteriul D). Perturbarea trebuie, de asemenea, să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii de funcționare importante (criteriul E).

Manifestările comune ale modificării de personalitate includ instabilitatea afectivă, controlul redus al impulsului, accesele de agresivitate sau de furie, flagrant de disproporționate la orice stresor psihosocial precipitant, apatia marcată, suspiciozitatea sau ideația paranoidă. Fenomenologia modificării este indicată prin utilizarea subtipurilor citate mai jos. Un individ cu această tulburare este caracterizat adesea de alții ca „ne mai fiind el (ea)". Deși are în comun cu tulburările

de personalitate de pe axa II termenul de „personalitate", acest diagnostic este codificat pe axa I și este distinct de tulburările de personalitate în virtutea etiologiei sale specifice, a fenomenologiei diferite și a debutului și evoluției mai variabile.

Tabloul clinic la un individ dat depinde de natura și localizarea procesului patologic. De exemplu, leziunile lobilor frontali se pot afla la baza unor simptome, cum ar fi lipsa de judecată sau de previziune, tendința la glume (facetiousness), dezinhibiția și euforia. Ictusurile emisferei cerebrale drepte au fost observate adesea evocând modificările de personalitate în asociere cu neglijarea spațiului unilateral, anosognozie (incapacitatea individului de a recunoaște un deficit corporal sau funcțional, cum ar fi existența unei hemipareze), impersistența motorie și alte deficite neurologice.

## Subtipuri

O anumită modificare de personalitate poate fi specificată prin indicarea prezenței simptomelor care predomină în tabloul clinic:

**Tipul labil.** Acest subtip este utilizat dacă elementul predominant este labilitatea afectivă.

**Tipul dezinhibat.** Acest subtip este utilizat dacă elementul predominant este reducerea controlului impulsului (evidențiată, de ex., prin indiscrețiii sexuale).

**Tipul agresiv.** Acest subtip este utilizat dacă elementul predominant este comportamentul agresiv.

**Tipul apatic.** Acest subtip este utilizat dacă elementul predominant este apatia marcată și indiferența.

**Tipul paranoid.** Acest subtip este utilizat dacă elementul predominant este suspiciozitatea sau ideația paranoidă.

**Alt tip.** Acest subtip va fi utilizat, de ex., pentru o modificare de personalitate asociată cu epilepsia.

**Tipul combinat.** Acest subtip este utilizat dacă mai mult decât un singur element predomină în tabloul clinic.

## Procedee de înregistrare

În înregistrarea modificării de personalitate datorate unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să noteze, atât fenomenologia specifică a perturbării, incluzând subtipul corespunzător, cât și condiția medicală generală considerată a fi cauza perturbării, pe axa I (de ex., 310.1 Modificare de personalitate datorată lupusului eritematos sistemic, de tip paranoid). Codul ICD-9-CM pentru condiția medicală generală trebuie, de asemenea, notat pe axa III. (Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnosticelor ICD-9-CM selectate pentru condițiile medicale generale).

## Condiții medicale generale asociate

O varietate de condiții neurologice și de alte condiții medicale generale pot cauza modificări de personalitate, incluzând neoplasmele sistemului nervos central, traumatismele craniene, maladiile cardiovasculare, maladia Huntington, epilepsia, condițiile infecțioase cu implicarea sistemului nervos central (de ex., virusul imunodeficienței umane), condițiile endocrine (de ex., hipotiroidismul, hipo și hiperadrenocorticismul), condițiile autoimune cu implicarea sistemului

nervos central (de ex., lupusul eritematos sistemic). Datele asociate ale examinării somatice, datele de laborator și patternurile de prevalență și debut reflectă pe cele ale condiției neurologice sau pe cele ale altei condiții medicale generale implicate.

## Diagnostic diferențial

**Condițiile medicale generale cronice** asociate cu durere și invaliditate pot fi, de asemenea, asociate cu modificări de personalitate. Diagnosticul de modificare de personalitate datorată unei condiții medicale generale este pus, numai dacă poate fi stabilit un mecanism fiziopatologic direct. Acest diagnostic nu este pus dacă modificarea de personalitate este datorată adaptării comportamentale sau psihologice sau ca răspuns la o condiție medicală generală (de ex., comportamentele de dependență care rezultă din necesitatea de asistență din partea altora urmând unui traumatism cranian sever, maladii cardiovasculare sau demențe). Modificarea de personalitate este un element asociat frecvent al **deliriumului** sau **demenței.** Un diagnostic separat de modificare de personalitate datorată unei condiții medicale generale nu este pus dacă modificarea survine exclusiv în cursul unui **delirium.** Diagnosticul de modificare de personalitate datorată unei condiții medicale generale poate fi pus însă adițional diagnosticului de demență dacă modificarea de personalitate este o parte proeminentă a tabloului clinic. Mai mult decât atât, diagnosticul de modificare de personalitate datorată unei condiții medicale generale nu este pus dacă perturbarea este explicată mai bine de o **altă tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale** (de ex., tulburarea afectivă datorată unei tumori cerebrale, cu elemente depresive).

Modificările de personalitate pot surveni, de asemenea, în contextul **dependenței de o substanță**, în special dacă dependența este de lungă durată. Clinicianul trebuie să cerceteze cu atenție natura și întinderea uzului de substanță. Dacă clinicianul dorește să indice o relație etiologică între modificarea de personalitate și uzul de o substanță, poate să utilizeze categoria de „fără altă specificație" pentru o anumită substanță (de ex., tulburare în legătură cu cocaina fără altă specificație).

Modificările notabile de personalitate pot fi, de asemenea, un **element asociat al altor tulburări mentale** (de ex., schizofrenia, tulburarea delirantă, tulburările afective, tulburările controlului impulsului fără altă specificație, panica). În aceste tulburări, însă, nici un factor fiziologic specific nu este considerat a fi în relație etiologică cu modificarea de personalitate. Modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale poate fi distinsă de o **tulburare de personalitate** prin necesitatea unei modificări semnificative clinic în raport cu linia de bază a funcționării personalității și prezența unei condiții medicale generale specifice etiologice.

### Criteriile de diagnostic pentru 310.1 Modificarea de Personalitate datorată ... *[Se indică Condiția Medicală Generală ]*

A. O perturbare de personalitate persistentă reprezentând o modificare a patternului de personalitate caracteristic anterior al individului. (La copii perturbarea implică o deviație marcată de la dezvoltarea normală sau o modificare semnificativă în patternurile de comportament uzuale ale copilului durând cel puțin un an).

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator rezultă proba că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală) inclusiv de altă tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale).

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

E. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii importante de funcționare.

*De specificat* tipul:

**Tip labil:** dacă elementul predominant este labilitatea afectivă.
**Tip dezinhibat:** dacă elementul predominant este controlul redus al impulsului, după cum demonstrează indiscrețiile sexuale.
**Tip agresiv:** dacă elementul predominant este comportamentul agresiv.
**Tip apatic:** dacă elementul predominant este apatia și indiferența marcată .
**Tip paranoid:** dacă elementul predominant este suspiciozitatea sau ideația paranoidă.
**Alt tip:** dacă tabloul clinic nu este caracterizat prin nici unul dintre subtipurile de mai sus.
**Tip combinat:** dacă mai mult decât un element predomină în tabloul clinic.
**Tip nespecificat**

**Notă de codificare:** A se include numele condiției medicale generale pe axa I, de ex., 310.1 Modificare de personalitate datorată epilepsiei de lob temporal; de asemenea, a se codifica condiția medicală generală pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).

## 293.9 Tulburare Mentală Fără Altă Specificație datorată unei Condiții Medicale Generale

Această categorie reziduală trebuie să fie utilizată pentru situațiile în care a fost stabilit că perturbarea este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale, dar nu sunt satisfăcute criteriile pentru o tulburare mentală specifică datorată unei condiții medicale generale (de ex., simptome disociative datorate crizelor parțiale complexe).

Notă de codificare: Numele condiției medicale generale se include pe axa I, de ex., 293.9 Tulburare mentală fără altă specificație datorată maladiei HIV; de asemenea, condiția medicală generală se codifică pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).

# Tulburările în legătură cu o Substanță

Tulburările în legătură cu o substanță includ tulburările în legătură cu luarea unui drog de abuz (inclusiv alcoolul), cu efectele secundare ale unui medicament și cu expunerea la un toxic. În acest manual, termenul de *substanță* se poate referi la un drog de abuz, la un medicament sau la un toxic. Substanțele discutate în această secțiune sunt grupate în 11 clase: alcool; amfetamină sau simpatomimetice cu acțiune similară; cafeină; cannabis; cocaină; halucinogene; inhalante; nicotină; opiacee; phencyclidină (PCP) sau arylcyclohexylamine cu acțiune similară; sedative, hipnotice sau anxiolitice. Cu toate că aceste substanțe apar în ordine alfabetică, următoarele clase au elemente similare comune: alcoolul are elemente comune cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele, iar cocaina are elemente comune cu amfetamina sau simpatomimeticele cu acțiune similară. În această secțiune sunt incluse, de asemenea, dependența de polisubstanță și tulburările în legătură cu altă substanță sau cu o substanță necunoscută (care includ cele mai multe tulburări în legătură cu medicamentele sau toxicele).

Multe medicamente prescrise și vândute la liber pot cauza, de asemenea, tulburări în legătură cu o substanță. Simptomele survin în general la doze mari de medicament și de regulă dispar când este scăzută doza sau încetează administrarea medicamentului. Medicamentele care pot cauza tulburări în legătură cu o substanță includ, dar nu sunt limitate numai la acestea, anesteziceleși analgezicele, agenții anticolinergici, anticonvulsivantele, antihistaminicele, antihipertensivele și medicamentele cardiovasculare, medicamentele antimicrobiene, medicamentele antiparkinsoniene, agenții chimioterapeutici, corticosteroizii, medicamentele antiinflamatorii nonsteroidice, medicamentele vândute fără rețetă, medicamentele antidepresive și disulfiramul.

Expunerea la o gamă largă de alte substanțe chimice poate duce, de asemenea, la dezvoltarea de tulburări în legătură cu o substanță. Substanțele toxice care pot cauza tulburări în legătură cu o substanță includ, dar nu se limitează la acestea, metalele grele (de ex., plumbul sau aluminiul), raticidele conținând stricnină, pesticidele conținând inhibitori ai acetilcolinesterazei, gazele neuroparalizante, etilenglicolul (antigelul), monoxidul de carbon și bioxidul de carbon. Substanțele volatile (de ex., carburanții și vopselele) sunt clasificate ca „inhalante" (vezi pag. 257), dacă sunt utilizate în scopul provocării intoxicației; ele sunt considerate însă „toxice", dacă expunerea este accidentală sau parte a unei intoxicații intenționale. Deteriorările cognitive sau afective sunt cele mai frecvente simptome asociate cu substanțele toxice, deși pot apare, de asemenea, anxietate, halucinații, idei delirante sau crize epileptice. Simptomele dispar de regulă când individul nu mai este expus substanței, dar rezolvarea simptomelor poate lua săptămâni sau luni și poate necesita tratament.

Tulburările în legătură cu o substanță sunt împărțite în două grupe: tulburări ale uzului de o substanță (dependența de o substanță și abuzul de o substanță) și tulburări induse de o substanță (intoxicația cu o substanță, abstinența de o substanță, deliriumul indus de o substanță, demența persistentă indusă de o substanță, tulburarea amnestică indusă de o substanță, tulburarea psihotică indusă de o substanță, tulburarea afectivă indusă de o substanță, tulburarea anxioasă indusă de o substanță, disfuncția sexuală indusă de o substanță și tulburarea de somn indusă de o substanță). Secțiunea începe cu textul și seturile de criterii pentru dependența, abuzul, intoxicația și abstinența de o substanță, care sunt aplicabile diverselor clase de substanțe. Aceasta este urmată de comentarii generale referitoare la elementele asociate, elementele în legătură cu cultura, etatea și sexul, la evoluție, deteriorare și complicații, pattern familial, diagnostic diferențial și procedee de înregistrare, care se aplică tuturor claselor de substanțe. Restul secțiunii este organizat pe clase de substanțe și descrie aspectele specifice ale dependenței, abuzului, intoxicației și abstinenței pentru fiecare din cele 11 clase de substanțe. Pentru a facilita diagnosticul diferențial, textul și criteriile pentru restul tulburărilor induse de o substanță sunt incluse în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea afectivă indusă de o substanță este inclusă în secțiunea „Tulburările afective"). Diagnosticele asociate cu fiecare grup specific de substanțe sunt prezentate în tabelul 1.

# Tulburările Uzului de o Substanță

## Dependența de o Substanță

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al dependenței de o substanță îl constituie un grup de simptome cognitive, comportamentale și fiziologice indicând că individul continuă uzul substanței în disprețul unor probleme importante în legătură cu substanța. Există un pattern de autoadministrare repetată care duce de regulă la toleranță, abstinență și la un comportament de luare compulsivă a drogului. Diagnosticul de dependență de o substanță poate fi aplicat fiecărei clase de substanțe cu excepția cafeinei. Simptomele de dependență sunt similare în raport cu diversele categorii de substanțe, însă pentru anumite clase unele simptome sunt mai puțin evidente, iar în câteva cazuri nu toate simptomele sunt prezente (de ex., pentru dependența de halucinogene nu sunt specificate simptome de abstinență). Deși nu este menționată ca atare drept un item criteriu, „dorința ardentă" (craving) (o impulsiune subiectivă puternică de a face uz de o substanță) este posibil să fie experientată de cei mai mulți indivizi cu dependență de o substanță (dacă nu de toți). Dependența este definită ca un grup de trei sau mai multe dintre simptomele menționate mai jos, survenind oricând în cursul aceleiași perioade de 12 luni.

Toleranța (criteriul 1) este necesitatea de cantități tot mai mari de substanță pentru a ajunge la intoxicație (sau la efectul dorit) ori un efect diminuat considerabil prin continuarea uzului aceleiași cantități de substanță. Gradul la care se dezvoltă toleranța variază mult în raport cu diversele clase de substanțe. În plus,

**Tabelul 1.** Diagnosticele asociate cu clasa de substanțe

| | Dependență | Abuz | Intoxicație | Abstinență | Delirium prin intoxicație | Delirium prin abstinență | Demență | Tulburare amnestică | Tulburări psihotice | Tulburări afectivre | Tulburări anxioase | Disfuncții sexuale | Tulburări de somn |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcool | X | X | X | X | I | A | P | P | I/A | I/A | I/A | I | I/A |
| Amfetamine | X | X | X | X | I | | | | I | I/A | I | I | I/A |
| Cafeină | | | X | | | | | | | | I | | I |
| Cannabis | X | X | X | | I | | | | I | | I | | |
| Cocainã | X | X | X | X | I | | | | I | I/A | I/A | I | I/A |
| Halucinogene | X | X | X | | I | | | | I* | I | I | | |
| Inhalante | X | X | X | | I | | P | | I | I | I | | |
| Nicotină | X | | | X | | | | | | | | | |
| Opiacee | X | X | X | X | I | | | | I | I | | I | I/A |
| Phencyclidina | X | X | X | | I | | | | I | I | I | | |
| Sedative, Hipnotice, Anxiolitice | X | X | X | X | I | A | P | P | I/A | I/A | A | I | I/A |
| Polisubstanță | X | | | | | | | | | | | | |
| Alta | X | X | X | X | I | A | P | P | I/A | I/A | I/A | I | I/A |

* Și tulburarea de percepție persistentă halucinogenă (Flashbacks)

Notă: X, I, A, I/A sau P indică faptul că respectiva categorie este recunoscută în DSM-IV. În afară de aceasta, I indică faptul că specificantul „Cu debut în cursul intoxicației" poate fi notat pentru categoria respectivă (cu excepția deliriumului prin intoxicație); A indică faptul că specificantul „cu debut în cursul abstinenței" poate fi notat pentru categoria respectivă (cu excepția deliriumului prin abstinență), iar I/A indică faptul că fie specificantul „cu debut în cursul intoxicației, fie specificantul „cu debut în cursul abstinenței" poate fi notat pentru categoria respectivă. P indică faptul că respectiva categorie este persistentă.

pentru un anumit drog, se pot dezvolta diverse grade de toleranță la diferitele sale efecte asupra sistemului nervos central. De exemplu, pentru opiacee toleranța la deprimarea respiratorie și toleranța la analgezie apar la concentrații diferite. Indivizii care uzează de cantități mari de opiacee sau de stimulante pot prezenta nivele de toleranță considerabile (de ex., de zece ori mai mari), ajungând adesea la o doză care ar putea fi letală pentru un nonuseur. Toleranța la alcool poate fi, de asemenea, pronunțată, dar de regulă este cu mult mai mică decât toleranța pentru amfetamină. Mulți indivizi care fumează țigarete, fumează peste 20 de țigarete pe zi, o cantitate care le-ar fi produs simptome de toxicitate la începutul fumatului. Indivizii care uzează de mari cantități de cannabis nu realizează în general că au dezvoltat toleranță (deși aceasta a fost demonstrată de studiile pe animale și la unii indivizi). Toleranța este dificil de stabilit numai din istoric, când substanța utilizată este ilegală și amestecată probabil cu diverși diluanți sau cu alte substanțe. În astfel de situații, pot fi utile testele de laborator (de ex., concentrațiile sanguine mari de o substanță cuplate cu o intoxicație puțin evidentă sugerează că este posibilă toleranța). Toleranța trebuie să fie distinsă, de asemenea, de variabilitatea (individuală în sensibilitatea inițială la efectele anumitor substanțe. De ex., unii indivizi care beau pentru prima dată prezintă foarte puține semne de intoxicație la trei, patru pahare, în timp ce alții, de greutate și istoric de băutori similare, prezintă dizartrie și incoordonare.

Abstinența (criteriul 2a) este o modificare dezadaptativă de comportament, cu concomitențe fiziologice și cognitive, care survine când concentrațiile sanguine sau tisulare ale unei substanțe diminuă la un individ care a menținut un uz prelungit de cantități mari de substanță. După dezvoltarea simptomelor neplăcute de abstinență, este posibil ca persoana să ia substanța pentru a-și ușura simptomele sau pentru a le evita (criteriul 2b), făcând de regulă uz de substanță toată ziua, începând curând după deșteptare. Simptomele de abstinență variază mult în raport cu clasele de substanțe și, în consecință, sunt prevăzute seturi de criterii pentru abstinență separate pentru cele mai multe clase de substanțe. Semne fiziologice de abstinență notabile și în general ușor de evaluat sunt comune pentru alcool, opiacee și sedative, hipnotice și anxiolitice. Semne și simptome de abstinență sunt adesea prezente, dar mai puțin evidente, în cazul stimulantelor, cum ar fi amfetaminele și cocaina, precum și în cazul nicotinei și cannabisului.. După uzul repetat de halucinogene nu se observă nici o abstinență semnificativă. Abstinența de phencyclidină și de substanțele afine nu a fost încă descrisă la oameni (deși a fost demonstrată la animale). Nici toleranța și nici abstinența nu sunt necesare și nici suficiente pentru diagnosticul de abstinență de o substanță. Unii indivizi (de ex., cei cu dependență de cannabis) prezintă un pattern de uz compulsiv, fără nici un semn de toleranță sau de abstinență. Invers, unii pacienți postchirurgicali fără dependență de opiacee pot dezvolta toleranță la opiaceele prescrise, experiențând simptome de abstinență fără să manifeste nici un fel de semne de uz compulsiv. Specificanții „cu dependență fiziologică" și „fără dependență fiziologică" sunt prevăzuți pentru a indica prezența sau absența toleranței sau abstinenței.

Itemii următori descriu patternul de uz compulsiv al unei substanțe care este caracteristic dependenței. Individul poate lua substanța în cantități mari sau o perioadă mai lungă de timp decât intenționa inițial (de ex., continuă să bea până ce se intoxică sever, în disprețul faptului că și-a propus ca limită numai un pahar) (criteriul 3). Individul își poate exprima dorința persistentă de a suprima sau regla uzul de substanță. Adesea există multe eforturi infructuoase de a reduce sau

suprima uzul (criteriul 4). Individul poate pierde foarte mult timp pentru a obține substanța, a o consuma ori pentru a se recupera din efectele ei (criteriul 5). În unele cazuri de dependență de substanță, virtual, toate activitățile cotidiene ale persoanei se învârt în jurul substanței. Activități sociale, profesionale sau recreaționale importante pot fi abandonate sau reduse din cauza uzului unei substanțe (criteriul 6). Individul se poate retrage din activitățile de familie și din hobby-uri spre a uza de substanță în mod privat sau pentru a petrece mai mult timp cu amicii, useuri de substanță. În disprețul recunoașterii rolului contribuant al substanței la o problemă psihologică sau somatică (de ex., simptome depresive severe ori leziuni ale diverselor organe), persoana continuă să facă uz de substanță (criteriul 7). Tema cheie în evaluarea acestui criteriu nu este existența problemei, ci mai curând incapacitatea individului de a se abține de la uzul de substanță, în disprețul faptului că are proba dificultății pe care aceasta i-o provoacă.

## Specificanți

Toleranța și abstinența pot fi asociate cu un risc mai mare de probleme medicale generale imediate și un procent mai mare de recăderi. Specificanții sunt prevăzuți pentru a nota prezența sau absența lor:

**Cu dependență fiziologică.** Acest specificant trebuie să fie utilizat când dependența de o substanță este însoțită în mod evident de toleranță (criteriul 1) ori de abstinență (criteriul 2).

**Fără dependență fiziologică.** Acest specificant trebuie să fie utilizat când nu există nici o probă de toleranță (criteriul 1) sau de abstinență (criteriul 2). La acești indivizi, dependența de o substanță este caracterizată printr-un pattern de uz compulsiv (cel puțin trei itemi de la criteriile 3-7).

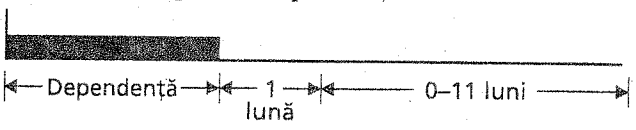
## Specificanții evoluției

Pentru dependența de o substanță sunt disponibili șase specificanți de evoluție.Cei patru specificanți de remisiune pot fi aplicați, numai după ce nici unul dintre criteriile pentru dependența de o substanță sau abuzul de o substanță nu a fost prezent timp de cel puțin o lună. Definiția acestor patru tipuri de remisiune se bazează pe intervalul care a trecut de la încetarea dependenței (remisiune precoce versus remisiune prelungită) și dacă există prezența continuă a unuia sau a mai multora dintre itemii incluși în seturile de criterii pentru dependență sau abuz (remisiune parțială versus remisiune completă). Deoarece primele 12 luni după dependență sunt o perioadă de risc de recădere foarte mare, această perioadă este denumită de „remisiune precoce". După ce au trecut cele 12 luni de remisiune precoce fără recădere în dependență, persoana intră în „remisiune prelungită". Atât pentru remisiunea precoce, cât și pentru remisiunea prelungită este dată denumirea de „completă", dacă în perioada de remisiune nu a fost satisfăcut nici un criteriu de dependență sau abuz; denumirea de „parțială" este dată, dacă în timpul perioadei de remisiune a fost satisfăcut, intermitent sau continuu, cel puțin unul dintre criteriile pentru dependență sau abuz. Diferențierea remisiunii complete prelungite de recuperare (actualmente, nici o tulburare de uz de o substanță) necesită luarea în considerație a intervalului de timp de la ultima perioadă de perturbare, durata totală a perturbării și necesitatea de evaluare continuă.

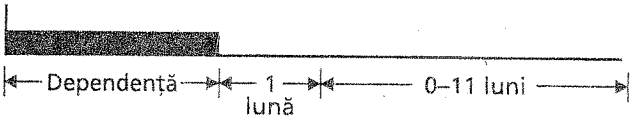
Dacă, după o perioadă de remisiune sau de recuperare, individul devine iarăși dependent, aplicarea specificantului de „remisiune precoce" necesită din nou existența unei perioade de o lună în care să nu fie satisfăcute criteriile pentru dependență sau abuz. Mai sunt prevăzuți doi specificanți suplimentari: „Sub terapie agonistă" și „Într-un mediu controlat". Pentru ca un individ să fie desemnat pentru remisiune precoce, după încetarea unei terapii agoniste ori eliberarea dintr-un mediu controlat, trebuie să existe o perioadă de o lună în care să nu fie satisfăcut nici un criteriu pentru dependență sau abuz.

Următorii specificanți de remisiune pot fi aplicați, numai după ce nici un criteriu pentru dependență sau abuz nu a fost satisfăcut timp de cel puțin o lună. De notat că acești specificanți nu se aplică, dacă individul este sub terapie agonistă ori se află într-un mediu controlat (vezi mai jos).

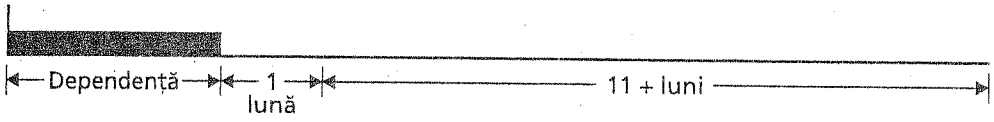
**Remisiune completă precoce.** Acest specificant este utilizat dacă pentru cel puțin o lună, dar pentru mai puțin de 12 luni, nu a fost satisfăcut nici un criteriu pentru dependență sau abuz.




**Remisiune parțială precoce.** Acest specificant este utilizat dacă pentru cel puțin o lună, dar mai puțin de 12 luni, unul sau mai multe criterii pentru dependență satisfăcute, (dar nu au fost satisfăcute criteriile complete pentru dependență).




**Remisiune completă prelungită.** Acest specificant este utilizat dacă nici unul dintre criteriile pentru dependență sau abuz nu a fost satisfăcut niciodată în cursul unei perioade de 12 luni sau mai mult.




**Remisiune parțială susținută.** Acest specificant este utilizat dacă criteriile complete pentru dependență nu au fost satisfăcute o perioadă de 12 luni sau mai mult, dar au fost satisfăcute unul sau mai multe criterii pentru dependență sau abuz.

Următorii specificanți se aplică dacă individul se află sub terapie agonistă sau într-un mediu controlat:

**Sub terapie agonistă.** Acest specificant este utilizat dacă individul se află în tratament cu un medicament agonist prescris, cum ar fi metadona, și nu a fost satisfăcut nici un criteriu pentru dependență sau abuz pentru clasa din care face parte medicamentul, cel puțin luna trecută (cu excepția toleranței sau abstinenței de agonist). Această categorie se aplică, de asemenea, celor care, fiind tratați pentru dependență, fac uz de un agonist parțial ori de un agonist/antagonist.

**Într-un mediu controlat.** Acest specificant este utilizat dacă individul se află într-un mediu în care accesul la alcool și la substanțele controlate este limitat, și nici un criteriu pentru dependență sau abuz nu a fost satisfăcut, cel puțin luna trecută. Exemple de aceste medii sunt închisorile supravegheate strict și fără substanțe, comunitățile terapeutice sau unitățile spitalicești închise.

## Criteriile pentru Dependența de o Substanță

Un pattern dezadaptativ de uz de o substanță care duce la deteriorare sau detresă semnificativă clinic manifestată prin trei sau mai multe din următoarele și care survin oricând în cursul aceleiași perioade de 12 luni:

(1) toleranță, așa cum este definită de oricare dintre următoarele:

(a) necesitatea de cantități considerabil crescute de substanță pentru a ajunge la intoxicație sau la efectul dorit;
(b) efect redus considerabil prin continuarea uzului aceleiași cantități de substanță;

(2) abstinență, manifestată prin oricare dintre următoarele:

(a) sindromul de absinență caracteristic substanței (se referă la criteriile A și B ale setului de criterii pentru abstinența de substanțele specifice);
(b) aceeași substanță (sau o substanță strâns înrudită) este luată pentru a ușura sau evita simptomele de abstinență;

(3) substanța este luată adesea în cantități mai mari sau o perioadă mai lungă de timp decât era preconizat;
(4) există o dorință persistentă sau eforturi infructuoase de a suprima sau controla uzul de substanță;
(5) o mare parte a timpului este risipită în activități necesare obținerii substanței (de ex., vizitarea mai multor doctori sau condus pe distanțe mari), uzului substanței (de ex., fumatul în lanț) sau recuperării din efectele acesteia;
(6) activități sociale, profesionale sau recreaționale sunt abandonate sau reduse din cauza uzului de substanță;
(7) uzul de substanță este continuat în disprețul faptului că știe că are o problemă somatică sau psihologică, persistentă sau recurentă, care este posibil să fi fost cauzată sau exacerbată de substanță (de ex., uz curent de cocaină deși știe că aceasta induce depresie, sau băut continuu deși știe că un ulcer este agravat de consumul de alcool).

**Criteriile pentru Dependența de o Substanță *(continuare)***

*De specificat* dacă:

**Cu dependență fiziologică:** proba toleranței sau abstinenței (adică este prezent itemul 1 sau 2);

**Fără dependență fiziologică:** nici o probă de toleranță sau de abstinență (adică nu este prezent nici itemul 1 și nici itemul 2).

*Specificanții de curs* (vezi textul pentru definiții):

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă persistentă**
**Remisiune parțială persistentă**
**Sub terapie agonistă**
**În mediu controlat**

# Abuzul de o Substanță

## Elemente caracteristice

Elementul esențial al abuzului de o substanță îl constituie un pattern dezadaptativ de uz de o substanță, manifestat prin consecințe adverse recurente și semnificative în legătură cu uzul repetat de substanțe. Pentru a satisface un criteriu pentru abuz, problema în legătură cu substanța trebuie să fi survenit în mod repetat în cursul aceleiași perioade de 12 luni sau să fie persistentă. Pot exista eșecuri repetate în îndeplinirea obligațiilor majore ale rolului, uz repetat în situații în care acest lucru este periculos fizic, multiple probleme legale și probleme sociale și interpersonale recurente (criteriul A). Contrar criteriilor pentru dependența de o substanță, criteriile pentru abuzul de o substanță nu includ toleranța, abstinența ori un pattern de uz compulsiv, dar includ, în schimb, numai consecințele nocive ale uzului repetat. Diagnosticul de abuz de o substanță primează față de diagnosticul de dependență de o substanță, dacă patternul de uz de o substanță al individului nu a satisfăcut niciodată criteriile pentru dependența de acea clasă de substanțe (criteriul B). Deși un diagnostic de abuz de substanță este mai probabil la indivizii care au început numai recent să ia substanța, unii indivizi continuă să aibă consecințe sociale adverse în legătură cu o substanță o lungă perioadă de timp, fără a dezvolta vreo manifestare de dependență de substanță. Categoria de abuz de o substanță nu se aplică cafeinei și nicotinei. Termenul de *abuz* trebuie aplicat numai unui pattern de uz de o substanță care satisface criteriile pentru această tulburare; termenul nu trebuie să fie utilizat ca sinonim pentru „uz", „uz dezadaptativ"sau „uz periculos".

Individul poate prezenta în mod repetat intoxicație sau alte simptome în legătură cu o substanță, când este de așteptat ca el să și îndeplinească obligațiile rolului major la serviciu, la școală sau acasă (criteriul A1). Pot exista absențe repetate sau o eficiență redusă în muncă în legătură cu mahmurelile recurente. Un elev poate avea absențe, eliminări sau exmatriculări din școală în legătură cu o substanță. În timp ce este intoxicat, individul poate neglija copiii sau obligațiile familiale. Persoana poate fi intoxicată în mod repetat, în situații care sunt

periculoase fizic (de ex., în timp ce conduce un automobil, lucrează cu utilaje sau se angajează într-un comportament recreațional riscant, cum ar fi înotul sau ascensiunea montană) (criteriul A2). Pot exista probleme legale repetate în legătură cu o substanță (de ex., arestare pentru conduită scandaloasă, atac și molestare, conducere a unui vehicul sub influența unei substanțe) (criteriul A3). Persoana poate continua să facă uz de o substanță, în disprețul unui istoric de consecințe interpersonale sau sociale neplăcute, repetate sau persistente (de ex., dificultăți maritale sau divorț, dispute verbale sau fizice) (criteriul A4).

### Criteriile pentru Abuzul de o Substanță

A. Un pattern dezadaptativ de uz de o substanță care duce la deteriorare sau detresă semnificativă clinic manifestată prin unul (sau mai multe) dintre următoarele și care survin în decursul unei perioade de 12 luni:

(1) uz recurent de o substanță ducând la incapacitatea de a îndeplini obligațiile rolului major la serviciu, la școală sau acasă (de ex., absențe repetate sau performanță redusă în muncă în legătură cu uzul de substanță; absențe, eliminări sau exmatriculări din școală; neglijarea copiilor sau a casei);
(2) uz recurent de o substanță în situații în care acesta este periculos fizic (de ex., condusul unui automobil sau manipularea unui utilaj atunci când este deteriorat de uzul de o substanță);
(3) probleme legale repetate în legătură cu uzul de o substanță (de ex., arestări pentru tulburări de conduită în legătură cu o substanță);
(4) uz continuu de o substanță în disprețul faptului că are probleme sociale sau interpersonale, persistente sau repetate, cauzate sau exacerbate de efectele substanței (de ex., certuri cu soția (soțul) referitoare la consecințele intoxicației, bătăi).

B. Simptomele nu au satisfăcut niciodată criteriile pentru dependența de o substanță pentru această clasă de substanță.

## Tulburările induse de o Substanță

### Intoxicația cu o Substanță

#### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al intoxicației cu o substanță îl constituie apariția unui sindrom reversibil, specific substanței, datorat ingestiei unei substanțe (sau expunerii la o substanță) (criteriul A). Modificările psihologice sau comportamentele dezadaptative semnificative clinic asociate cu intoxicația (de ex., beligerență, labilitatea afectivă, deteriorarea cognitivă, deteriorarea judecății, a funcționării sociale sau profesionale) sunt datorate efectelor fiziologice directe ale substanței asupra sistemului nervos central și se apar în cursul sau la scurt timp după uzul

substanței (criteriul B). Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de o altă tulburare mentală (criteriul C). Intoxicația cu o substanță este asociată adesea cu abuzul sau cu dependența de o substanță. Această categorie nu se aplică nicotinei. Proba administrării recente de substanță poate fi obținută din istoric, examenul somatic (de ex., halena alcoolică) sau analiza toxicologică a fluidelor organismului (de ex., a urinii sau a sângelui).

Cele mai comune modificări implică perturbări de percepție, vigilitate, atenție, gândire, judecată, comportament psihomotor și comportament interpersonal. Tabloul clinic specific în intoxicația cu o substanță variază în mod dramatic printre indivizi și depinde, de asemenea, de care substanță este implicată, de doza, durata sau cronicitatea uzului, toleranța persoanei la substanță, perioada de timp de la ultima doză, expectațiile persoanei de la efectele substanței și ambianța sau circumstanțele în care este luată substanța. Intoxicațiile de scurtă durată sau „acute" pot avea semne sau simptome diferite, în comparație cu intoxicațiile de lungă durată sau „cronice". De exemplu, dozele moderate de cocaină pot produce inițial gregaritate, dar poate apare izolarea socială dacă astfel de doze sunt repetate frecvent, timp de zile sau săptămâni.

Substanțe diferite (uneori chiar clase de substanțe diferite) pot produce simptome identice. De exemplu, intoxicația cu amfetamină și intoxicația cu cocaină se pot prezenta ambele cu grandoare și hiperactivitate, acompaniate de tahicardie, dilatație pupilară, presiune sanguină crescută, transpirație sau senzație de frig. De asemenea, alcoolul și substanțele din clasa sedativelor, hipnoticelor sau anxioliticelor produc simptome de intoxicație similare.

Când este utilizat în sens fiziologic, termenul de *intoxicație* este mai larg decât cel de „intoxicație cu o substanță", așa cum este definit aici. Multe substanțe pot produce modificări fiziologice sau psihologice care nu sunt în mod necesar dezadaptative. De exemplu, un individ cu tahicardie prin uz excesiv de cofeină are intoxicație fiziologică, dar dacă aceasta este singurul simptom în absența comportamentului dezadaptativ, diagnosticul de intoxicație cu cafeină nu se aplică. Natura dezadaptativă a modificării în comportament indusă de o substanță depinde de contextul social și ambiental. Comportamentul dezadaptativ, în general, expune individul la un risc semnificativ de efecte adverse (de ex., accidente, complicații medicale generale, ruptură în relațiile sociale și de familie, dificultăți profesionale sau financiare, probleme legale). Semnele și simptomele de intoxicație pot persista uneori ore sau zile, peste timpul cât substanța este detectabilă în fluidele organismului. Aceasta se poate datora concentrațiilor mici, continue, de substanță în anumite zone ale creierului ori unui efect „lovește și fugi" în care substanța alterează un proces fiziologic a cărui recuperare ia mai mult timp decât timpul de eliminare al substanței. Aceste efecte pe termen lung ale intoxicației trebuie să fie distinse de abstinență (adică, de simptomele inițiate de declinul concentrațiilor unei substanțe în sânge sau în țesuturi).

### Criteriile pentru Intoxicația cu o Substanță

A. Apariția unui sindrom reversibil specific unei substanțe datorat ingestiei (sau expunerii) recente la o substanță. Notă: Substanțe diferite pot produce sindrome similare sau identice.
B. Modificări psihologice sau comportamentale dezadaptative, semnificative clinic, care se datorează efectelor unei substanțe asupra sistemului nervos central (de ex., conflictualitate, labilitate afectivă, deteriorare cognitivă, deteriorarea judecății, deteriorarea funcționării sociale sau profesionale) și care apar în cursul sau la scurt timp după uzul substanței.
C. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## Abstinența de o Substanță

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al abstinenței de o substanță îl constituie apariția unei modificări dezadaptative de comportament specifice substanței, cu concomitențe fiziologice și cognitive care se datorează încetării sau reducerii unui uz prelungit și excesiv de o substanță (criteriului A). Sindromul specific substanței cauzează detresă sau deterioare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii de funcționare importante (criteriul B). Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul C). Abstinența este asociată de regulă, dar nu totdeauna, cu dependența de o substanță (vezi pag. 192 ). Cei mai mulți indivizi cu abstinență (poate chiar toți) au dorința ardentă de readministrare a substanței spre a ameliora simptomele. Diagnosticul de abstinență este acceptat pentru următoarele grupe de substanțe: alcool, amfetamine și alte substanțe afine, cocaină, nicotină, opiacee, sedative, hipnotice sau anxiolitice. Semnele și simptomele abstinenței variază în funcție de substanța utilizată, cu cele mai multe simptome ca fiind opusul celor observate în intoxicația cu aceeași substanță. Doza și durata de uz, precum și alți factori, cum ar fi prezența sau absența unor maladii adiționale, de asemenea, afectează simptomele de abstinență. Abstinența apare când dozele sunt reduse sau stopate, pe când semnele și simptomele de intoxicație se ameliorează (gradual în unele cazuri), după ce administrarea substanței încetează.

## Criteriile pentru Abstinența de o Substanță

A. Apariția unui sindrom specific substanței datorat încetării (sau reducerii) uzului excesiv și prelungit al unei substanțe.

B. Sindromul specific substanței cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante.

C. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## Elemente asociate Dependenței, Abuzului, Intoxicației și Abstinenței de o Substanță

**Probleme de evaluare.** Diagnosticul de dependență de o substanță necesită obținerea unui istoric detaliat de la individ și, ori de câte ori este posibil, din surse suplimentare de informații (de ex., documente medicale, soț(ie), o rudă sau un amic apropiat). Pe lângă acestea, pot fi utile datele examinării somatice și testele de laborator.

**Calea de administrare.** Calea de administrare a unei substanțe este un factor important în determinarea efectelor sale (incluzând timpul de dezvoltare al intoxicației, probabilitatea cu care uzul său va produce modificările fiziologice asociate cu abstinența, ori va duce la dependență sau abuz). Căile de administrare care produc o absorbție mai rapidă și mai eficientă în curentul sanguin (de ex. , administrarea intravenoasă, fumatul sau „prizatul") tind să ducă la o intoxicație mai intensă și la probabilitatea crescută a unui pattern escaladant de uz de substanță care duce la dependență. Căile de administrare care eliberează rapid o mare cantitate de substanță creierului sunt asociate, de asemenea, cu nivele mai mari de consum de substanță și cu o probabilitate crescută de efecte toxice. De exemplu, o persoană care uzează de amfetamină administrată intravenos este foarte posibil să consume mari cantități de substanță și să riște astfel o supradozare în comparație cu o persoană care ia amfetamină oral.

**Rapiditatea debutului în cadrul unei clase de substanțe.** Este foarte posibil ca substanțele cu acțiune rapidă să producă imediat intoxicație și să ducă la dependență sau abuz, în comparație cu substanțele cu acțiune mai lentă. De exemplu, deoarece diazepamul și alprazolamul au un debut al acțiunii mai rapid decât oxazepamul, este foarte posibil ca acestea să ducă, prin urmare, la dependență sau abuz de o substanță.

**Durata efectelor.** Durata efectelor asociate cu o anumită substanță este, de asemenea, importantă în determinarea perioadei de desfășurare a intoxicației și a faptului dacă uzul de o substanță va duce la dependență sau abuz. Substanțele cu durată de acțiune relativ scurtă (de ex., anumite anxiolitice) tind să aibă un potențial mai mare de a dezvolta dependență sau abuz, în comparație cu substanțele cu efecte similare, dar care au o durată de acțiune mai lungă (de ex., fenobarbitalul). Semiviața substanței merge paralel cu aspectele abstinenței: cu cât

durata de acțiune este mai lungă, cu atât este mai lung timpul dintre încetarea administrării și debutul simptomelor de abstinență, și mai lungă durata abstinenței. De exemplu, pentru heroină, debutul simptomelor de abstinență acută este mai rapid dar sindromul de abstinență este mai puțin persistent decât cel pentru metadonă. În general, cu cât este mai lungă perioada de abstinență acută, cu atât sindromul de abstinență tinde a fi mai puțin intens.

**Uzul mai multor substanțe.** Dependența, abuzul, intoxicația și abstinența de o substanță implică adesea uzul mai multor substanțe, concomitent sau succesiv. De exemplu, indivizii cu dependență de cocaină uzează, de asemenea, de alcool, anxiolitice sau opiacee, adesea pentru a contracara simptomele anxioase persistente induse de cocaină. La fel, indivizii cu dependență de opiacee sau cu dependență de cannabis au de regulă multe alte tulburări în legătură cu o substanță, cel mai adesea implicând alcoolul, anxioliticele, amfetamina sau cocaina. Când sunt satisfăcute criteriile pentru mai mult decât o singură tulburare în legătură cu o substanță, nu trebuie pus diagnosticul de dependență de polisubstanță. Acest diagnostic este pus numai în acele situații în care patternul uzului de mai multe substanțe nu satisface criteriile pentru dependența sau abuzul de nici o substanță specifică, dar le satisface pentru grupul de substanțe luat ca întreg. Situațiile în care trebuie pus un diagnostic de dependență de polisubstanță sunt descrise la pag. 293.

**Date de laborator asociate.** Analizele de laborator ale eșantioanelor de sânge și urină pot ajuta la stabilirea uzului recent al unei substanțe. Concentrațiile sanguine oferă informații suplimentare despre cantitatea de substanță prezentă încă în organism. Trebuie reținut că un test sanguin sau de urină pozitiv nu indică prin sine că individul are un pattern de uz de substanță care satisface criteriile pentru o tulburare în legătură cu o substanță și că testele sanguine și de urină negative nu exclud prin ele însele un diagnostic de tulburare în legătură cu o substanță.

În cazul intoxicației, testele sanguine și de urină pot ajuta la stabilirea substanței sau substanțelor relevante implicate. Confirmarea specifică a substanței suspectate poate necesita analize toxicologice, deoarece substanțe diferite au sindrome de intoxicație similare; indivizii iau adesea un număr de substanțe diferite, și pentru că substituirea și contaminarea drogurilor străzii sunt frecvente, cei care obțin în mod ilicit substanțele, adesea nu știu conținutul exact a ceea ce iau. Testele toxicologice pot fi, de asemenea, utile în diagnosticul diferențial pentru precizarea rolului intoxicației sau abstinenței de o substanță în etiologia (sau exacerbarea) simptomelor unei varietăți de tulburări mentale (de ex., tulburări afective, tulburări psihotice). În afară de aceasta, concentrațiile sanguine seriate ajută la diferențierea intoxicației de abstinență.

Concentrația sanguină a unei substanțe poate fi un indiciu util în precizarea faptului dacă persoana respectivă are o toleranță crescută la un grup dat de substanțe (de ex., o persoană prezentând o alcoolemie de peste 150 mg/dl, fără semne de intoxicație alcoolică, are o toleranță semnificativă la alcool și este posibil să fie un useur cronic, fie de alcool, fie de sedative, hipnotice sau anxiolitice). Altă metodă de evaluare a toleranței este aceea de a stabili răspunsul individului la un medicament agonist. De exemplu, o persoană, care nu manifestă nici un fel de semne de intoxicație la o doză de 200 mg sau mai mult de pentobarbital, are o toleranță semnificativă la sedative, hipnotice sau anxiolitice și poate necesita tratament pentru a preveni dezvoltarea dependenței.

Testele de laborator pot fi utile în identificarea abstinenței la indivizii cu dependență de o substanță. Proba încetării uzului sau reducerii dozei poate fi obținută din istoric sau prin analiza toxicologică a fluidelor organismului (de ex., urină sau sânge). Deși cele mai multe substanțe și metaboliții lor se elimină prin urină în decurs de 48 ore de la ingestie, anumiți metaboliți pot fi prezenți o perioadă mai lungă de timp la cei care fac uz de o substanță în mod cronic. Dacă persoana prezintă abstinență de o substanță necunoscută, testele urinare pot ajuta la identificarea substanței de care este abstinentă persoana și fac posibilă inițierea tratamentului adecvat. Testele urinare pot fi, de asemenea, utile la diferențierea abstinenței de alte tulburări mentale, deoarece simptomele de abstinență pot mima simptomele unei tulburări mentale fără legătură cu uzul unei substanțe. În cazul în care dependența de opiacee nu poate fi confirmată clar din istoric, uzul unui antagonist (de ex., naloxona) poate fi edificator în a demonstra dacă simptomele de abstinență sunt induse.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** După cum este prezentat în secțiunea specifică a fiecăreia dintre cele 11 clase de substanțe, este posibil ca stările de intoxicație și de abstinență să includă semne și simptome somatice care sunt adesea primul indiciu de stare în legătură cu o substanță. În general, intoxicația cu amfetamină sau cu cocaină se însoțește de creșterea presiunii sanguine, ritmului respirator, pulsului și temperaturii corpului. Intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice ori cu un medicament opiaceu implică adesea patternul opus. Dependența și abuzul de o substanță sunt asociate adesea cu condiții medicale generale, frecvent în legătură cu efectele toxice ale substanțelor asupra anumitor organe (de ex., ciroza, în dependența alcoolică) ori cu căile de administrare (de ex., infecția cu virusul imunodeficienței umane [HIV] prin ace comune).

**Tulburările mentale asociate.** Uzul de o substanță este adesea o componentă a tabloului clinic al tulburărilor mentale. Când simptomele sunt considerate a fi consecința fiziologică a unei substanțe, este diagnosticată o tulburare indusă de o substanță (vezi pag. 209). Tulburările în legătură cu o substanță sunt, de asemenea, frecvent comorbide cu alte tulburări mentale, cărora le complică evoluția și tratamentul (de ex., tulburarea de conduită la adolescenți, tulburările de personalitate antisocială și borderline, schizofrenia, tulburările afective).

## Procedee de înregistrare pentru dependență, abuz, intoxicație și abstinență

**Pentru drogurile de abuz.** Clinicianul trebuie să utilizeze codul care se aplică clasei de substanțe, dar să înregistreze numele substanței specifice și nu numele clasei. De exemplu, clinicianul va înregistra 292.0 Abstinență de secobarbital (mai curând decât abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice), sau 305.70 Abuz de metamfetamină (mai curând decât abuz de amfetamine). Pentru substanțele care nu fac parte din nici una dintre aceste clase (de ex., nitritul de amyl), trebuie să fie utilizate codurile corespunzătoare pentru „dependența de altă substanță" ori „abstinența de altă substanță" și indicată substanța specifică (de ex., 305.90 Abuz de nitrit de amyl). Dacă substanța luată de individ este necunoscută, trebuie să fie utilizat codul pentru clasa de „altă substanță, sau substanță necunoscută" (de ex., 292.89 Intoxicație cu substanță necunoscută). Pentru o anumită substanță, dacă sunt satisfăcute criteriile pentru mai mult decât o singură tulburare în legătură cu

o substanță, vor fi diagnosticate toate (de ex., 292.0 Abstinență de heroină; 304.10 Dependență de heroină). Dacă există simptome sau probleme asociate cu o anumită substanță, dar nu sunt satisfăcute criteriile pentru nici una dintre tulburările specifice substanței, trebuie să fie utilizată categoria „fără altă specificație" (de ex., 292.9 Tulburare în legătură cu cannabisul fără altă specificație). Dacă se face uz de mai multe substanțe, trebuie să fie diagnosticate toate tulburările relevante în legătură cu substanțele (de ex., 292.89 Intoxicație cu mescalină; 304.20 Dependență de cocaină). Situațiile în care trebuie pus diagnosticul de 304.80 Dependență de polisubstanță sunt descrise la pag. 293.

**Pentru medicamente și toxice.** Pentru medicamentele neincluse mai sus (ca și pentru toxice), trebuie utilizat codul pentru „altă substanță". Un anumit medicament poate fi, de asemenea, codificat prin menționarea codului E corespunzător pe axa I (vezi anexa G) (de ex., 292.89 Intoxicație cu benztropină; E 941.1 Benztropină). Codurile E trebuie, de asemenea, să fie utilizate pentru clasele de substanțe menționate mai sus, când acestea sunt prescrise ca medicamente (de ex., opiaceele).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Există largi variații în atitudinea față de consumul de o substanță, patternurile de uz de o substanță, accesibilitatea substanțelor, reacțiile fiziologice la substanțe și prevalența tulburărilor în legătură cu o substanță. Unele grupuri interzic uzul de alcool, pe când în altele, uzul a diverse substanțe, pentru efectele lor de modificare a dispoziției, este larg acceptat. Evaluarea oricărui pattern de uz de o substanță al individului trebuie să țină cont de acești factori. Patternurile de uz de medicamente și de expunere la toxice variază, de asemenea, larg în cadrul aceleiași țări, cât și între țări diferite.

Indivizii între 18 și 24 ani au rate de prevalență relativ înalte pentru uzul efectiv al fiecărei substanțe, inclusiv alcoolul. Pentru drogurile de abuz, intoxicația este de regulă tulburarea inițială în legătură cu o substanță și începe cel mai adesea în adolescență. Abstinența poate surveni la orice etate, cu condiția ca drogul relevant să fi fost luat în doze suficient de mari, în decursul unei perioade de timp suficient de lungi. Dependența poate surveni, de asemenea, la orice etate, dar de regulă, pentru cele mai multe droguri de abuz, în anii 20, 30 și 40. Când o tulburare în legătură cu o substanță, alta decât intoxicația, începe de timpuriu în adolescență, ea este asociată adesea cu tulburarea de conduită și cu incapacitatea de a termina școala. Pentru drogurile de abuz, tulburările în legătură cu o substanță sunt diagnosticate de regulă mai frecvent la bărbați decât la femei, dar ratele sexului variază cu clasa de substanță.

## Evoluție

Evoluția dependenței, abuzului, intoxicației și abstinenței variază cu clasa de substanță, calea de administrare și alți factori. Secțiunile de „evoluție" ale diverselor clase de substanțe indică elementele specifice caracteristice fiecăreia. Pot fi făcute, însă, unele generalizări față de substanțe.

Intoxicația apare de regulă în decurs de câteva minute până la câteva ore, după o singură doză suficient de mare, și se continuă sau se intensifică la doze repetate frecvent. Intoxicația începe de regulă să diminue pe măsură ce concentrațiile sanguine sau tisulare ale substanței scad, însă semnele și simptomele dispar lent.

Debutul intoxicației poate fi întârziat în cazul absorbției lente a substanțelor sau al celor care trebuie să fie metabolizate la compuși activi. Substanțele cu acțiune de lungă durată pot produce intoxicații prelungite.

Abstinența se dezvoltă odată cu declinul substanței în sistemul nervos central. Simptomele precoce ale abstinenței apar de regulă în câteva ore după încetarea administrării, la substanțele cu semivieți de eliminare scurte (de ex. , alcoolul, lorazepamul sau heroina), pe când crizele epileptice de abstinență pot apare la mai multe săptămâni după terminarea dozelor mari de substanțe anxiolitice cu semiviață lungă. Cele mai intense semne de abstinență dispar de regulă în decurs de câteva zile sau săptămâni după încetarea uzului de substanță, deși unele semne fiziologice subtile mai pot fi încă detectate timp de multe săptămâni sau chiar luni, ca parte a unui sindrom de abstinență prelungit.

Un diagnostic de abuz de substanță este foarte probabil la indivizii care au început numai recent să uzeze de substanță. Pentru mulți indivizi, abuzul de o substanță dintr-o anumită clasă de substanțe evoluează spre dependența de o substanță din clasa respectivă de substanțe. Aceasta este adevărat în special pentru acele substanțe care au un înalt potențial de dezvoltare a toleranței, abstinenței și patternurilor de uz compulsiv. Unii indivizi au episoade de abuz de o substanță care survin după o lungă perioadă de timp, chiar fără să dezvolte dependență de substanță. Aceasta este foarte adevărat pentru acele substanțe care au un potențial mai redus de dezvoltare a toleranței, abstinenței și patternurilor compulsive de uz. Odată ce criteriile pentru dependența de o substanță au fost satisfăcute, un diagnostic ulterior de abuz de o substanță nu mai poate fi pus pentru nici o substanță din clasa respectivă. Pentru o persoană cu dependență de o substanță în remisiune completă, orice recăderi care satisfac criteriile pentru abuzul de o substanță trebuie să fie considerate dependență în remisiune parțială (vezi specificanții de evoluție, pag.195).

Evoluția dependenței de o substanță este variabilă. Deși pot surveni episoade scurte și autolimitate (mai ales în cursul perioadelor de stres psihosocial), evoluția este de regulă cronică, putând dura ani de zile, cu perioade de exacerbare și de remisiune parțială sau completă. Pot exista perioade de administrare excesivă și de probleme severe, perioade de abstinență totală și perioade de uz de substanță fără probleme, durând uneori luni. Dependența de o substanță este asociată uneori cu remisiuni spontane de lungă durată. De exemplu, studiile catamnestice relevă că 20 % (sau mai mult) dintre indivizii cu dependență de alcool devin abstinenți permanenți, aceasta urmând de regulă unui stres de viață sever (de ex., amenințarea sau impunerea unor sancțiuni sociale sau legale, descoperirea unei complicații medicale care pune în pericol viața). În cursul primelor 12 luni după debutul remisiunii, individul este extrem de vulnerabil la a avea o recădere. Mulți indivizi subestimează vulnerabilitatea lor la dezvoltarea unui pattern de dependență. Când sunt într-o perioadă de remisiune, ei se autoasigură în mod incorect că nu vor mai avea nici o problemă cu reglarea uzului de substanță și pot experimenta treptat reguli mai puțin restrictive reglând uzul de substanță, numai pentru a experimenta o revenire la dependență. Prezența unor tulburări mentale apărând concomitent (de ex., tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea depresivă majoră netratată, tulburarea bipolară) cresc adesea riscul de complicații și de deznodământ rău.

## Deteriorare și complicații

Deși mulți indivizi cu probleme în legătură cu substanțele au o funcționare bună (de ex., în relațiile personale, eficiența la serviciu, aptitudinile de câștig), aceste

tulburări cauzează adesea o deteriorare marcată și complicații severe. Indivizii cu tulburări în legătură cu o substanță experientează frecvent o deteriorare a sănătății lor generale. Din dieta necorespunzătoare și igiena personală inadecvată pot rezulta malnutriția și alte condiții medicale generale. Intoxicația sau abstinența pot fi complicate de traumatisme în legătură cu coordonarea motorie deteriorată sau cu judecata eronată. Materialele utilizate la „botezarea" anumitor substanțe pot produce reacții toxice sau alergice. Administrarea intranazală a substanțelor („prizatul") poate cauza eroziunea septului nazal. Uzul de stimulante poate duce la moarte subită prin aritmii cardiace, infarct miocardic, accident cerebrovascular sau stop respirator. Utilizarea de ace contaminate în timpul administrării intravenoase a substanțelor poate cauza o infecție cu virusul imunodeficienței umane (HIV), hepatită, tetanos, vasculită, septicemie, endocardită bacteriană subacută, fenomene embolice și malarie.

Uzul de o substanță poate fi asociat cu un comportament violent sau agresiv care se poate manifesta prin bătăi sau activitate infracțională și poate duce la vătămarea persoanei care uzează de substanță sau a altora. Accidentele de automobil, casnice și de muncă sunt o complicație majoră a intoxicației cu o substanță și pot duce la o rată apreciabilă de morbiditate și mortalitate. Aproximativ jumătate din toate accidentele de pe autostradă implică fie un conducător auto, fie un pieton intoxicat. În afară de aceasta, aproximativ 10% dintre indivizii cu dependență de o substanță se sinucid, adesea în contextul unei tulburări afective induse de substanță. În fine, deoarece multe, dacă nu chiar toate substanțele descrise în această secțiune trec prin placentă, ele pot avea efecte adverse inerente asupra dezvoltării fătului (de ex., sindromul alcoolic fetal). Când sunt luate repetat și în doze mari de către mamă, un număr de substanțe (de ex., cocaina, opiaceele, alcoolul și sedativele, hipnoticele și anxioliticele) sunt capabile să cauzeze dependență fiziologică la fetus și un sindrom de abstinență la nou născut.

## Pattern familial

Informațiile referitoare la agregările familiale au fost studiate cel mai bine pentru tulburările în legătură cu alcoolul (vezi discuția detaliată de la pag. 221). Există unele date despre diferențele determinate genetic între indivizi, referitoare la dozele necesare pentru a produce intoxicația alcoolică. Deși abuzul și dependența de o substanță par a se agrega în anumite familii, unele dintre aceste efecte pot fi explicate prin distribuția familială convergentă a tulburării de personalitate antisocială, care poate predispune indivizii la dezvoltarea abuzului sau dependenței de o substanță. În afară de acesta, copii indivizilor cu dependență alcoolică (dar nu și cu tulburare de personalitate antisocială) nu au predispoziția de a dezvolta dependența de o substanță de toate substanțele, ei prezentând un risc mai crescut doar pentru dependența alcoolică.

## Diagnostic diferențial

Tulburările în legătură cu o substanță se disting de **uzul nonpatologic de substanță** (de ex., **„băutul social"**) și de **uzul de medicamente în scop medical** prin prezența unui pattern de mai multe simptome survenind după o perioadă mai lungă de timp (de ex., toleranța, abstinența, uzul compulsiv) sau prezența problemelor în legătură cu o substanță (de ex., complicații medicale, ruptură în relațiile sociale și de familie, dificultăți profesionale sau financiare, probleme legale). Episoadele repetate de **intoxicație cu o substanță** sunt aproape invariabil

elemente proeminente ale **abuzului** sau **dependenței de o substanță**. Însă, unul sau mai multe episoade de intoxicație, singure, nu sunt suficiente pentru diagnosticul, fie al dependenței, fie al abuzului de o substanță.

Uneori poate fi dificil de distins între **intoxicația cu o substanță** și **abstinența de o substanță**. Dacă un simptom apare în cursul administrării și apoi diminuă treptat, după ce administrarea a încetat, el este probabil parte a intoxicației. Dacă simptomul survine după stoparea substanței sau reducerea uzului său, el este probabil parte a abstinenței. Indivizii cu tulburări în legătură cu o substanță iau adesea mai mult decât o singură substanță, și pot fi intoxicați cu o substanță (de ex., cu heroină) în timp ce sunt abstinenți de alta (de ex., de diazepam). Diferențierea este apoi complicată de faptul că semnele și simptomele de abstinență de unele substanțe (de ex., de sedative) pot mima parțial intoxicația cu alte substanțe (de ex., cu amfetamine). Intoxicația cu substanță este diferențiată de **deliriumul prin intoxicația cu o substanță** (pag. 143), **tulburarea psihotică indusă de o substanță, cu debut în cursul intoxicației** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de o substanță, cu debut în cursul intoxicației** (pag. 405), **tulburarea anxioasă indusă de o substanță, cu debut în cursul intoxicației** (pag. 479), **disfuncția sexuală indusă de o substanță, cu debut în cursul intoxicației** (pag. 562) și de **tulburarea de somn indusă de o substanță, cu debut în cursul intoxicației** (pag. 655), prin faptul că simptomele din aceste din urmă tulburări sunt în exces față de cele asociate de regulă cu intoxicația cu o substanță și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Abstinența de o substanță se distinge de **deliriumul prin abstinență de o substanță** (pag. 143), **tulburarea psihotică indusă de o substanță, cu debut în cursul abstinenței** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de o substanță, cu debut în cursul abstinenței** (pag. 405), **tulburarea anxioasă indusă de o substanță, cu debut în cursul abstinenței** (pag. 479) și **tulburarea de somn indusă de o substanță, cu debut în cursul abstinenței** (pag. 655) prin faptul că simptomele în aceste din urmă tulburări sunt în exces față de cele asociate de regulă cu abstinența de o substanță și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

Tulburările adiționale induse de o substanță menționate mai sus se prezintă cu simptome care amintesc **tulburările mentale neinduse de o substanță** (adică, **primare**).Vezi pag. 209 pentru discutarea acestui important, dar adesea dificil diagnostic diferențial.

Un diagnostic adițional de tulburare indusă de o substanță nu este pus de regulă când **simptome ale unor tulburări mentale preexistente sunt exacerbate de intoxicația cu o substanță sau de abstinența de o substanță** (deși un diagnostic de intoxicație sau de abstinență de o substanță ar fi poate adecvat). De exemplu, intoxicația cu unele substanțe poate exacerba oscilațiile de dispoziție din tulburarea bipolară, halucinațiile auditive și ideile delirante paranoide din schizofrenie, gândurile intrusive și visele terifiante din stresul posttraumatic și simptomele anxioase din panică, anxietatea generalizată, fobia socială și agorafobie. Intoxicația sau abstinența pot crește, de asemenea, riscul de suicid, de violență și comportament impulsiv la indivizii cu tulburare de personalitate antisocială sau borderline preexistentă.

Multe tulburări neurologice (de ex., traumatismele craniene) sau condiții metabolice produc simptome care seamănă cu cele ale intoxicației sau abstinenței, iar uneori sunt atribuite în mod eronat acestora (de ex., fluctuația nivelelor de conștiență, dizartria și incoordonarea). Simptomele maladiilor infecțioase pot, de asemenea, aminti abstinența de unele substanțe (de ex., gastroenterita virală poate fi similară abstinenței de opiacee). Dacă simptomele sunt considerate a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale, trebuie să fie diagnosticată

**tulburarea mentală corespunzătoare datorată unei condiții medicale generale.** Dacă simptomele sunt considerate a fi consecința fiziologică directă a uzului unei substanțe cât și a unei condiții medicale generale, pot fi diagnosticate atât o tulburare în legătură cu o substanța, cât și o tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale. Dacă clinicianul nu poate preciza dacă simptomele prezentate sunt induse de o substanță, se datorează unei condiții medicale generale sau sunt primare, trebuie să fie diagnosticată categoria corespunzătoare de **fără altă specificație** (de ex., simptomele psihotice de etiologie neprecizată vor fi diagnosticate ca tulburare psihotică fără altă specificație).

## Tulburările mentale induse de o substanță incluse în altă parte în manual

Tulburările induse de o substanță cauzează o varietate de simptome care sunt caracteristice altor tulburări mentale (vezi tabelul 1, pag. 193). Pentru a facilita diagnosticul diferențial, textul și criteriile pentru aceste tulburări induse de o substanță sunt incluse în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au în comun fenomenologia:

**Deliriumul indus de o substanță** (vezi pag. 143) este inclus în secțiunea „Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive";

**Demența persistentă indusă de o substanță** (vezi pag. 168) este inclusă în secțiunea „Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive";

**Tulburarea amnestică persistentă indusă de o substanță** (vezi pag. 177) este inclusă în secțiunea „Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive";

**Tulburarea psihotică indusă de o substanță** (vezi pag. 338) este inclusă în secțiunea „Schizofrenia și alte tulburări psihotice". (În DSM-III-R aceste tulburări erau clasificate ca „halucinoză organică" și „tulburare delirantă organică";

**Tulburarea afectivă indusă de o substanță** (vezi pag. 405) este inclusă în secțiunea „Tulburările afective";

**Tulburarea anxioasă indusă de o substanță** (vezi pag. 479) este inclusă în secțiunea „Tulburările anxioase";

**Disfuncția sexuală indusă de o substanță** (vezi pag. 562) este inclusă în secțiunea „Tulburările sexuale și de identitate sexuală";

**Tulburarea de somn indusă de o substanță** (vezi pag. 655) este inclusă în secțiunea „Tulburările de somn";

În afară de aceasta, **tulburarea de percepție persistentă halucinogenă (flashbacks)** (pag. 253) este inclusă în această secțiune la „Tulburările în legătură cu halucinogenele".

În DSM-III-R, tulburările induse de o substanță și tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale erau numite tulburări „organice" și erau menționate împreună într-o singură secțiune. Această diferențiere a tulburărilor mentale „organice" ca o clasă separată implică faptul că tulburările mentale „nonorganice" sau „funcționale" sunt oarecum fără legătură cu factorii sau procesele somatice sau biologice. DSM-IV elimină termenul de organic și distinge tulburările mentale induse de o substanță de cele datorate unei condiții medicale generale, precum și de cele care nu au o etiologie specificată. Termenul de *tulburare mentală primară* este utilizat ca abreviere pentru a indica acele tulburări mentale care nu sunt induse de o substanță și care nu se datorează unei condiții medicale generale.

Contextul în care apare o tulburare indusă de o substanță poate avea implicații de management importante. Tulburările induse de o substanță pot apare în contextul unei intoxicații sau abstinențe de o substanță ori pot persista mult timp după ce substanța a fost eliminată din organism (tulburările persistente induse de substanță). Tablourile clinice induse de o substanță care apar în contextul intoxicației cu o substanță pot fi indicate prin utilizarea specificantului „cu debut în cursul intoxicației". Tablourile clinice care apar în contextul abstinenței de o substanță pot fi indicate prin specificantul „cu debut în cursul abstinenței". Trebuie reținut faptul că un diagnostic de tulburare indusă de substanță, cu debut în cursul intoxicației sau abstinenței, trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță sau de abstinență de o substanță, numai când simptomele sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență caracteristic unei anumite substanțe și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Sunt incluse trei tulburări persistente induse de o substanță: demența persistentă indusă de o substanță (vezi pag. 168) și tulburarea amnestică persistentă indusă de o substanță (vezi pag. 177) în secțiunea „Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive", iar tulburarea de percepție persistentă halucinogenă la „Tulburările în legătură cu halucinogenele" din această secțiune (vezi pag. 253). Elementul esențial al tulburării persistente induse de substanță îl constituie persistența prelungită sau permanentă a simptomelor în legătură cu substanța, care continuă să existe mult timp după ce evoluția uzuală a intoxicației sau abstinenței s-a terminat.

Pentru drogurile de abuz, un diagnostic de tulburare mentală indusă de substanță necesită evidența din istoric, examenul somatic sau datele de laborator a intoxicației cu o substanță sau a dependenței de o substanță. În stabilirea faptului dacă simptomele unei tulburări mentale sunt efectul fiziologic direct al uzului unei substanțe, este important să se rețină relația temporală dintre începutul și încetarea uzului substanței și debutul și dispariția simptomelor. Dacă simptomele preced începutul uzului substanței sau persistă în cursul unor întinse perioade de abstinență de substanță, este posibil ca simptomele să nu fie induse de substanța respectivă. În mod empiric, simptomele care persistă mai mult de 4 săptămâni după încetarea intoxicației acute sau a abstinenței, trebuie să fie considerate drept manifestări ale unei tulburări mentale independente, neinduse de o substanță ori ale unei tulburări persistente induse de o substanță. În efectuarea acestei distincții este necesară judecata clinică, mai ales pentru că substanțe diferite au durate caracteristice diferite de intoxicație și de abstinență și relații diferite cu simptomele tulburărilor mentale. Deoarece starea de abstinență pentru unele substanțe poate fi trasată relativ, este util să se observe evoluția simptomelor o perioadă mai lungă de timp (de ex., 4 săptămâni sau mai mult) după încetarea intoxicației acute sau a abstinenței, făcând toate eforturile posibile pentru a menține abstinența individului. Aceasta poate fi realizată în diverse moduri, incluzând internarea în spital sau tratamentul la domiciliu, care cere vizite frecvente de urmărire, mobilizarea amicilor și a membrilor familiei pentru a ajuta la ținerea persoanei în stare de sobrietate, examinarea cu regularitate a urinii sau a sângelui pentru prezența de substanțe și, dacă este implicat alcoolul, examinarea de rutină a modificărilor în starea markerilor băutului excesiv, cum ar fi gamma-glutamiltransferaza (GGT).

Un alt considerent în diferențierea unei tulburări mentale primare de o tulburare indusă de o substanță îl constituie prezența unor elemente care sunt atipice pentru tulburarea primară (de ex., etatea la debut sau evoluția atipică). De exemplu, debutul unui episod maniacal după etatea de 45 de ani poate sugera o etiologie indusă de o substanță. Din contra, factorii care sugerează că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare mentală primară includ un istoric de episoade anterioare de perturbare care nu au fost induse de o substanță. În fine, trebuie luată în considerație prezența sau absența elementelor fiziologice și comportamentale de intoxicație sau de abstinență specifice substanței. De exemplu, prezența de idei delirante paranoide nu trebuie să surprindă în contextul intoxicației cu phencyclidină, dar este insolită în intoxicația cu sedative, crescând probabilitatea ca o tulburare psihotică primară să explice simptomele. În afară de aceasta, trebuie ținut cont și de doza de substanță utilizată. De exemplu, prezența de idei delirante paranoide ar fi insolită după un singur puff de marihuana, dar poate fi compatibilă cu doze mari de hașiș.

Tulburările induse de o substanță pot surveni, de asemenea, ca efect secundar al unui medicament sau al expunerii la un toxic. Tulburările induse de o substanță, datorate unui tratament prescris pentru o tulburare mentală sau pentru o condiție medicală generală trebuie să aibă debutul în timp ce persoana primește medicamentul (sau în cursul abstinenței, dacă medicamentul este asociat cu un sindrom de abstinență). Odată ce tratamentul este întrerupt, simptomele se vor remite în decurs de câteva zile până la câteva săptămâni (în funcție de semiviața substanței, prezența unui sindrom de abstinență și variabilitatea individuală). Dacă simptomele persistă, trebuie luată în considerație o tulburare mentală primară (fără legătură cu vreun medicament). Deoarece indivizii cu condiții medicale generale iau adesea medicamente pentru aceste condiții, clinicianul trebuie să ia în considerație eventualitatea că simptomele sunt cauzate de consecințele fiziologice ale condiției medicale generale mai curând decât de medicament, în care caz este diagnosticată tulburarea mentală datorată unei condiții medicale generale. Istoricul poate oferi o bază pentru a face această judecată, dar o schimbare a tratamentului condiției medicale generale (de ex., substituirea medicamentului sau întreruperea administrării lui) poate fi necesară pentru a stabili în mod empiric pentru persoana respectivă dacă medicamentul este sau nu agentul cauzal.

## Procedee de înregistrare pentru tulburările mentale induse de o substanță incluse în altă parte în manual

Numele diagnosticului începe cu cel al substanței specifice (în limba engleză) (de ex., cocaină, diazepam, dexametazonă) presupusă a fi cauza simptomelor. Codul diagnostic este selectat din lista claselor de substanțe prevăzute în seturile de criterii pentru o anumită tulburare indusă de o substanță. Pentru substanțele care nu sunt incluse în nici una dintre clase (de ex., dexametazona) trebuie să fie utilizat codul pentru „altă substanță". În afară de aceasta, pentru medicamentele prescrise în doze terapeutice, medicamentul specific poate fi indicat prin menționarea codului E corespunzător pe axa I (vezi anexa G). Denumirea tulburării (de ex., tulburare psihotică indusă de cocaină; tulburare anxioasă indusă de diazepam) este urmată de specificarea simptomului predominant în tabloul clinic și de contextul în care au apărut simptomele (de ex., 292.11 Tulburare psihotică indusă de cocaină, cu idei delirante, cu debut în cursul intoxicației; 292.89 Tulburare anxioasă indusă de

diazepan, cu debut în cursul abstinenței). Când se consideră că mai mult decât o singură substanță joacă un rol semnificativ în apariția simptomelor, fiecare substanță trebuie să fie menționată separat. Dacă o substanță este considerată a fi factorul etiologic, dar substanța respectivă sau clasa de substanțe este necunoscută, trebuie să fie utilizată clasa de „substanță necunoscută".

## Tulburările în legătură cu Alcoolul

În cele mai multe culturi, alcoolul este deprimantul cerebral cel mai frecvent utilizat și cauza unei morbidități și mortalități considerabile. La un moment dat în viața lor, mai mult de 90% dintre adulții din Statele Unite au avut o experiență oarecare cu alcoolul, și un număr substanțial (60% dintre bărbați și 30% dintre femei) au avut unul sau mai multe evenimente de viață adverse în legătură cu alcoolul (de ex., condusul după consumarea a prea mult alcool, absențe de la școală sau de la serviciu din cauza mahmurelii). Din fericire, cei mai mulți indivizi învață din aceste experiențe să-și modereze băutul și nu dezvoltă dependență sau abuz de alcool.

Această secțiune conține comentarii specifice referitoare la tulburările în legătură cu alcoolul. Textele și seturile de criterii au fost deja prezentate mai înainte la aspectele generale ale dependenței de o substanță (pag. 192) și abuzului de o substanță (pag. 198) care se aplică tuturor substanțelor. Textele specifice dependenței și abuzului de alcool sunt prezentate mai jos; nu există însă seturi de criterii specifice suplimentare pentru dependența alcoolică sau abuzul de alcool. Textele și seturile de criterii pentru intoxicația alcoolică și abstinența de alcool sunt, de asemenea, prezentate mai jos. Tulburările induse de alcool (altele decât intoxicația și abstinența) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au în comun fenomenologia (de ex., tulburarea afectivă indusă de alcool este inclusă în secțiunea „Tulburările afective"). Mai jos sunt menționate tulburările uzului de alcool și tulburările induse de alcool.

### Tulburările uzului de alcool

**303.90** **Dependența de alcool** (vezi pag. 213)
**305.00** **Abuzul de alcool** (vezi pag. 214)

### Tulburările induse de alcool

**303.00** **Intoxicația alcoolică** (vezi pag. 214)
**291. 81** **Abstinența de alcool** (vezi pag. 215). *De specificat dacă:* Cu perturbări de percepție
**291.0** **Deliriumul prin intoxicație cu alcool** (vezi pag. 143)
**291.0** **Deliriumul prin abstinență de alcool** (vezi pag. 143)
**291.2** **Demența persistentă indusă de alcool** (vezi pag. 168)
**291.1** **Tulburarea amnestică persistentă indusă de alcool** (vezi pag. 177)
**291.5** **Tulburarea psihotică indusă de alcool, cu idei delirante** (vezi pag. 338). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

291.3. **Tulburarea psihotică indusă de alcool, cu halucinații** (vezi pag. 338). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

291.8 **Tulburarea afectivă indusă de alcool** (vezi pag. 405). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

291.8 **Tulburarea anxioasă indusă de alcool** (vezi pag. 479). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

291.8 **Disfuncția sexuală indusă de alcool** (vezi pag. 562). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației

291.8 **Tulburarea de somn indusă de alcool** (vezi pag. 655).*De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

291.8 **Tulburare în legătură cu alcoolul fără altă specificație** (vezi pag. 223).

## *Tulburările Uzului de Alcool*

### 303.90 Dependența de Alcool

A se consulta textul și criteriile pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192). Dependența fiziologică de alcool este indicată de prezența simptomelor de toleranță sau de abstinență. În special dacă este asociată cu un istoric de abstinență, dependența fiziologică este în general un indiciu de evoluție clinică mai severă (adică, debut mai precoce, băut în cantități mai mari, mai multe probleme în legătură cu alcoolul).

Abstinența de alcool (vezi pag. 215) se caracterizează prin dezvoltarea de simptome de abstinență în decurs de 12 ore sau mai mult după reducerea aportului, urmând unei ingestii prelungite și excesive de alcool. Deoarece abstinența de alcool poate fi neplăcută și intensă, indivizii cu dependență de alcool pot continua să consume alcool în disprețul consecințelor adverse, adesea pentru a evita sau ușura simptomele de abstinență. Unele simptome de abstinență (de ex. problemele cu somnul) pot persista, cu o intensitate mai mică, timp de luni. O minoritate substanțială de indivizi care au dependență alcoolică nu au experientat niciodată nivele relevante clinic de abstinență, și numai aproximativ 5% dintre indivizii cu abstinență de alcool vor experienta vreodată complicațiile severe ale abstinenței (de ex., delirium, crize de grad mal). Odată ce se dezvoltă un pattern de uz compulsiv, indivizii cu dependență pot dedica perioade substanțiale de timp obținerii și consumării băuturilor alcoolice. Acești indivizi continuă adesea să facă uz de alcool în disprețul evidenței de consecințe adverse psihologice sau somatice (de ex., depresie, blackouts, maladie hepatică sau alte sechele).

### Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați diagnosticului de dependență de alcool (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Cu dependență fiziologică**
**Fără dependență fiziologică**

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisune parțială prelungită**
**Într-un mediu controlat**

## 305.00 Abuzul de Alcool

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abuzul de o substanță (vezi pag. 198). Abuzul de alcool cere mai puține simptome și de aceea poate fi mai puțin sever decât dependența și este diagnosticat numai după ce a fost stabilită absența dependenței. Performanța școlară și cea profesională pot suferi, fie din cauza postefectelor băuturii, fie din cauza intoxicației efective la școală sau la serviciu; îngrijirea copilului sau responsabilitățile domestice pot fi neglijate și pot surveni absențe de la școală sau de la serviciu în legătură cu alcoolul. Persoana poate uza de alcool în circumstanțe periculoase din punct de vedere fizic (de ex., conducerea automobilului sau manipularea unui utilaj în timp ce este beat). Pot surveni dificultăți legale din cauza uzului de alcool (de ex., arestări pentru comportamentul din starea de ebrietate ori pentru condus sub influența alcoolului.) În fine, indivizii cu abuz de alcool pot continua să consume alcool, în disprețul cunoașterii faptului că acesta pune pentru ei probleme sociale sau interpersonale importante (de ex., certuri violente cu soția /soțul/ în timp ce este beat/ă/, maltratarea copilului). Când aceste probleme sunt acompaniate de proba toleranței, abstinenței sau de comportament compulsiv în legătură cu alcoolul, trebuie luat în considerație mai curând diagnosticul de dependență de alcool decât cel de abuz de alcool. Deoarece unele simptome de toleranță, de abstinență sau de uz compulsiv pot surveni la indivizii cu abuz dar nu și cu dependență, este important de stabilit însă dacă sunt satisfăcute criteriile complete pentru dependență.

# *Tulburările induse de Alcool*

## 303.00 Intoxicația Alcoolică

A se consulta textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației alcoolice îl constituie prezența de modificări comportamentale sau psihologice dezadaptative semnificative clinic (de ex., comportament sexual sau agresiv inadecvat, labilitate afectivă, deteriorarea judecății, deteriorarea funcționării sociale sau profesionale) care apar în cursul sau la scurt timp după ingestia de alcool (criteriile A și B). Aceste modificări sunt acompaniate de dizartrie, incoordonare, mers nesigur, nistagmus, deteriorarea atenției sau memoriei, ori stupor sau comă (criteriul C). Simptomele nu trebuie să

se datoreze unei condiții medicale generale și nici să fie explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul D). Tabloul clinic rezultat este similar cu cel observat în cursul intoxicației cu benzodiazepine sau barbiturice. Gradele de incoordonare pot interfera cu capacitatea de a conduce și cu efectuarea activităților uzuale, până la punctul de a cauza accidente. Proba uzului de alcool poate fi obținută din halena alcoolică a respirației individului, din obținerea unui istoric de la individ sau de la alt observator și, când este necesar, având acordul individului, din analiza toxicologică a aerului expirat, a sângelui și a urinii.

### Criteriile de diagnostic pentru 303.00 Intoxicația Alcoolică

A. Ingestie recentă de alcool.

B. Modificări de comportament sau psihologice dezadaptative, semnificative clinic (adică, comportament agresiv sau sexual inadecvat, labilitate afectivă, deteriorarea judecății, deteriorarea funcționării sociale sau profesionale) care apar în cursul sau la scurt timp după ingestia de alcool.

C. Unul (sau mai multe) dintre următoarele semne apărând în cursul sau la scurt timp după uzul de alcool:

(1) dizartrie,
(2) incoordonare,
(3) mers titubant,
(4) nistagmus,
(5) deterioarea atenției și memoriei,
(6) stupor sau comă.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## 291.81 Abstinența Alcoolică

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abstinența de o substanță (vezi pag. 201). Elementul esențial al abstinenței de alcool îl constituie prezența unui sindrom de abstinență caracteristic care apare după încetarea (sau reducerea) uzului excesiv și prelungit de alcool (criteriile A și B). Sindromul de abstinență include două sau mai multe dintre următoarele simptome: hiperactivitate vegetativă (de ex., transpirație sau puls mai mare de 100), tremor marcat al mâinilor, insomnie, agitație psihomotorie, anxietate, greață sau vomă, și mai rar, crize de grand mal sau halucinații sau iluzii vizuale, tactile sau auditive tranzitorii. Când sunt observate halucinații sau iluzii, clinicianul poate specifica „cu perturbări de percepție" (vezi mai jos).

Simptomele de abstinență cauzează o deteriorare sau detresă semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și să nu fie explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice ori de anxietatea generalizată) (criteriul D).

Simptomele pot fi ușurate prin administrarea de alcool sau de alt deprimant cerebral. Simptomele de abstinență încep de regulă când concentrațiile sanguine ale alcoolului diminuă brusc (adică, în decurs de 4-12 ore) după încetarea sau reducerea

uzului de alcool. Din cauza semivieții scurte a alcoolului, simptomele de abstinență alcoolică ating maximumul de intensitate în cursul celei de a doua zile de abstinență și este posibil să se amelioreze considerabil în cea de a patra sau a cincea zi. După abstinența acută însă, simptomele de anxietate, insomnie și disfuncție vegetativă pot persista timp de 3-6 luni, la nivele de intensitate mai reduse.

Mai puțin de 10% dintre indivizii care dezvoltă dependență alcoolică vor prezenta simptome dramatice (de ex., hiperactivitate vegetativă severă, tremurături și delirium prin abstinență alcoolică). Crize de grand mal survin la mai puțin de 3% dintre indivizi. Deliriumul prin abstinență de alcool (pag. 143) include perturbări de conștiență și cognitive și halucinații vizuale, tactile sau auditive („delirium tremens" sau „DTs"). Când apare deliriumul prin abstinență de alcool, este posibil să fie prezentă o condiție medicală generală relevantă clinic (de ex., insuficiență hepatică, pneumonie, sângerare gastrointestinală, sechele de traumatism craniocerebral, hipoglicemie, un dezechilibru hidroelectrolitic ori status postoperator).

## Specificant

Următorul specificant poate fi aplicat diagnosticului de abstinență de alcool:

**Cu perturbări de percepție.** Acest specificant poate fi menționat când halucinații cu testarea realității intactă sau iluzii auditive, vizuale sau tactile survin în absența deliriumului. *Testarea realității intactă* înseamnă că persoana știe că halucinațiile sunt induse de substanță și că nu reprezintă realitatea externă. Când halucinațiile survin în absența unei testări a realității intacte, trebuie luat în considerație diagnosticul de tulburare psihotică indusă de o substanță, cu halucinații.

## Criteriile de diagnostic pentru 291.81 Abstinența Alcoolică

A. Încetarea (sau reducerea) uzului excesiv și prelungit de alcool.

B. Două (sau mai multe) dintre următoarele simptome, survenind în decurs de câteva ore sau zile după criteriul A:

(1) hiperactivitate vegetativă (de ex., transpirație sau puls peste 100);
(2) tremor marcat al extremităților;
(3) insomnie;
(4) grețuri sau vărsături;
(5) iluzii sau halucinații vizuale, tactile sau auditive tranzitorii;
(6) agitație psihomotorie;
(7) anxietate;
(8) crize de grand mal.

B. Simptomele de la criteriul B cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

*De specificat dacă:*

**Cu perturbari de percepție**

# Alte Tulburări induse de Alcool

Următoarele tulburări induse de alcool sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia: **deliriumul prin intoxicație alcoolică** (pag. 143), **deliriumul prin abstinență de alcool** (pag.143), **demența persistentă indusă de alcool** (pag. 168), **tulburarea amnestică persistentă indusă de alcool** (pag.177), **tulburarea psihotică indusă de alcool** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de alcool** (pag. 405), **tulburarea anxioasă indusă de alcool** (pag. 479), **disfuncția sexuală indusă de alcool** (pag. 562) și **tulburarea de somn indusă de alcool** (pag. 655). Aceste tulburări sunt diagnosticate în locul intoxicației alcoolice sau al abstinenței de alcool, numai când simptomele sunt în exces versus cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație alcoolică sau de abstinență de alcool și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## *Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Alcoolul*

### Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Dependența și abuzul de alcool sunt asociate adesea cu dependența sau abuzul de alte substanțe (de ex., cannabis, cocaină, heroină, amfetamine, sedative, hipnotice și anxiolitice, și nicotină). Alcoolul poate fi utilizat pentru a ușura efectele nedorite ale acestor alte substanțe ori pentru a li se substitui, când acestea nu sunt disponibile. Simptome de depresie, anxietate și insomnia acompaniază frecvent dependența alcoolică și uneori o preced. Intoxicația alcoolică se asociază uneori cu amnezie pentru evenimentele care au avut loc în cursul intoxicației („blackouts"). Acest fenomen poate fi în legătură cu prezența unei concentrații mari de alcool în sânge și, poate, cu rapiditatea cu care această concentrație este atinsă.

Tulburările în legătură cu alcoolul sunt asociate cu o creștere semnificativă a riscului de accidente, violență și suicid. Se estimează că una din cinci internări în unitățile de terapie intensivă din unele spitale urbane este în legătură cu alcoolul și că 40% dintre indivizi în Statele Unite experiențează un accident în legătură cu alcoolul la un moment dat în viața lor, precum și că alcoolul este responsabil de 55% dintre decesele din cursul condusului unui vehicul. Intoxicația alcoolică severă, mai ales la indivizii cu tulburare de personalitate antisocială, este asociată cu comiterea de acte infracționale. De exemplu, mai mult de jumătate dintre toți criminalii și victimele lor se crede că erau intoxicați cu alcool în momentul crimei. Intoxicația alcoolică severă contribuie, de asemenea, la dezinhibiția și la sentimentele de tristețe și de iritabilitate, care contribuie la tentativele de suicid și suicid complet. Tulburările în legătură cu alcoolul contribuie la absenteism de la serviciu, la accidente în legătură cu serviciul și la productivitatea scăzută a angajatului. Abuzul și dependența de alcool, împreună cu abuzul și dependența de alte substanțe sunt prezente la indivizi de orice nivel de educație si status socioeconomic. Ratele de tulburări în legătură cu alcoolul par a fi mai crescute la indivizii fără locuință reflectând, poate, o deplasare în jos sub aspectul funcționării sociale și profesionale, deși mulți oameni cu dependență sau abuz continuă să-și mențină relațiile cu

familiile lor și funcția în cadrul serviciului lor. Tulburările afective, tulburările anxioase, schizofrenia și tulburarea de personalitate antisocială pot fi, de asemenea, asociate cu dependența de alcool. De reținut că unele probe sugerează că cel puțin o parte a asocierilor raportate dintre depresie și dependența de alcool pot fi atribuite unor simptome depresive comorbide rezultând din efectele acute ale intoxicației sau abstinenței .

**Date de laborator asociate.** Un indicator de laborator sensibil al băutului excesiv este creșterea gamma-glutamiltransferazei (GGT) (>30 unități). Cel puțin 70% dintre indivizii cu un nivel crescut al GGT sunt băutori excesivi persistenți (adică beau în mod regulat opt sau mai multe pahare zilnic). Un al doilea test cu nivele de sensibilitate și specificitate comparabile sau chiar mai mari este carbohydrate deficient transferin (CDT) cu nivele de 20 unități sau mai mari, util în identificarea indivizilor care beau în mod regulat opt sau mai multe pahare pe zi. Deoarece atât nivelele CGT, cât și cele ale CDT revin la normal în decurs de câteva zile sau săptămâni de la stoparea băutului, ambii markeri de stare sunt utili în monitorizarea abstinenței, în special când clinicianul observă creșteri, mai curând decât descreșteri ale acestor valori în timp. Combinarea CDT și CGT poate avea chiar nivele mai mari de sensibilitate și de specificitate decât fiecare dintre aceste teste utilizat singur. Testele utile suplimentar includ volumul corpuscular mediu (MCV) care poate fi crescut la valori cu mult peste normal la indivizii care beau excesiv de mult—modificare datorată efectelor toxice directe ale alcoolului asupra eritropoiezei.

Deși MVC poate fi utilizat la identificarea celor care beau excesiv, aceasta este o metodă inferioară de monitorizare a abstinenței din cauza semivieții lungi a hematiilor. Testele funcționale hepatice (de ex., alanin-aminotransferaza [ALT] și fosfataza alcalină) pot releva o leziune hepatică care este consecința băutului excesiv. Poate fi observată o creștere a nivelului lipidelor în sânge (de ex., a triglicer-idelor și colesterolului lipoproteic), care rezultă din scăderea neoglucogenezei asociate cu băutul excesiv. Conținutul ridicat în lipide al sângelui contribuie, de asemenea, la apariția ficatului gras. Pot apare cocentrații peste normal ale acidului uric în băutul excesiv, dar acestea sunt relativ nespecifice. Cel mai valabil test direct de măsurare a consumului de alcool pe secțiune transversală este concentrația de alcool din sânge, care poate fi utilizată, de asemenea, la aprecierea toleranței la alcool. Un individ cu o concentrație de 100 mg etanol pe decilitrul de sânge și care nu prezintă semne de intoxicație, poate fi de presupus că a căpătat cel puțin un grad oarecare de toleranță la alcool. La 200 ml/dl, cei mai mulți indivizi nontoleranți prezintă intoxicație severă.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Ingestia repetată de doze mari de alcool poate afecta aproape fiecare organ, în special tractul gastrointestinal, sistemul cardiovascular și sistemul nervos central și periferic. Efectele gastrointestinale includ gastrita, ulcerele gastric și duodenal, și, la aproximativ 15% dintre cei care uzează excesiv de alcool, ciroza hepatică și pancreatita. Există, de asemenea, o rată crescută a cancerului esofagian, gastric și al altor părți ale tractului gastrointestinal. Una dintre condițiile medicale generale cel mal frecvent asociate este hipertensiunea cu valori mici. Cardiomiopatia și alte miopatii sunt mai puțin frecvente, dar apar într-un procent crescut printre cei care beau excesiv de mult. Acești factori, împreună cu creșterea semnificativă a nivelului

trigliceridelor și colesterolului lipoproteic cu densitate mică, contribuie la un risc crescut de maladie cardiacă. Neuropatia periferică poate fi evidențiată prin scăderea forței musculare, parestezii și diminuarea distală a sensibilității. Efectele mai persistente asupra sistemului nervos includ deficitele cognitive, deteriorarea severă a memoriei și modificările degenerative din cerebel. Aceste efecte sunt în legătură cu acțiunea directă a alcoolului sau a unui traumatism, a deficiențelor vitaminice (în special de vitamine B, inclusiv tiamina). Cel mai devastator efect asupra sistemului nervos central îl constituie relativ rara tulburare amnestică persistentă indusă de alcool (pag. 177) (sindromul Wernicke-Korsakov), în care capacitatea de a encoda informația nouă este deteriorată sever.

Multe dintre simptomele și datele somatice asociate cu tulburările în legătură cu alcoolul sunt o consecință a stărilor morbide mai sus menționate. Exemple sunt dispepsia, greața și flatulența care acompaniază gastrita și hepatomegalia, varicele esofagiene și hemoroizii care acompaniază modificările hepatice induse de alcool. Alte semne somatice includ tremorul, mersul nesigur, insomnia și disfuncția erectilă. Indivizii cu dependență cronică de alcool pot prezenta o diminuare a dimensiunilor testiculelor și efecte feminizante asociate cu nivelele reduse de testosteron. Băutul excesiv repetat în cursul sarcinii este asociat cu avort spontan și cu sindrom alcoolic fetal. Indivizii cu istoric de epilepsie sau de traumatism cranian sever preexistent este foarte posibil să prezinte crize epileptice în legătură cu alcoolul. Abstinența de alcool poate fi asociată cu greață, vomă, gastrită, hematemeză, gură uscată, facies tumefiat și cuperos, și edeme periferice discrete. Intoxicația alcoolică poate duce la căderi și la accidente care pot cauza fracturi, hematoame subdurale și alte forme de traumatisme craniene. Intoxicația alcoolică severă repetată poate suprima, de asemenea, mecanismele imunitare și poate predispune indivizii la infecții și la creșterea riscului de cancer. În fine, abstinența alcoolică neanticipată la pacienții spitalizați, pentru care un diagnostic de abstinență de alcool a fost trecut cu vederea, se poate adăuga la riscurile și costurile spitalizării și la timpul petrecut în spital.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Tradițiile culturale, care limitează uzul de alcool în situații familiare, religioase și sociale, în special în cursul copilăriei, pot afecta atât patternurile de uz, cât și probabilitatea apariției de probleme în legătură cu alcoolul. Diferențe notabile caracterizează cantitatea, frecvența și patternurile de consum de alcool în țările lumii. În cele mai multe culturi asiatice, prevalența globală a tulburărilor în legătură cu alcoolul este relativ redusă, iar rata bărbați/femei mare. Ratele de prevalență reduse la asiatici par a fi în legătură cu absența la aproximativ 50% dintre japonezi, chinezi și coreeni, a formei de aldehid-dehidrogeneză care elimină nivelele scăzute ale primului produs de degradare a alcoolului, acetaldehida. Când cei 10% de indivizi estimați a avea absența completă a enzimei consumă alcool, ei prezintă facies vultuos și palpitații, care pot fi atât de severe că mulți nu vor mai bea deloc în continuare. Cei 40% dintre indivizii cu o deficiență relativă a enzimei experientează o congestie facială mai puțin intensă și au un risc scăzut de a prezenta o tulburare a uzului de alcool. În Statele Unite, albii și afroamericanii au rate similare de abuz și dependență de alcool. Bărbații latino au rate ceva mai mari, însă prevalența este mai mică printre femeile latino, decât printre femeile din alte grupuri etnice. Nivelul educațional scăzut, șomajul și statusul socioeconomic mai redus sunt asociate cu tulburările în legătură cu alcoolul, deși adesea este dificil de separat cauza de efect.

Anii de școală pot să nu fie la fel de importanți în determinarea riscului ca atingerea scopului educațional imediat (adică, cei care au renunțat la liceu sau la colegiu au rate extrem de ridicate de tulburări în legătură cu alcoolul).

Printre adolescenți, tulburarea de conduită și comportamentul antisocial repetat apar adesea concomitent cu abuzul sau dependența de alcool ori cu alte tulburări în legătură cu o substanță. Modificările somatice în raport cu etatea la bătrâni duc la o creștere a susceptibilității creierului la efectele deprimante ale alcoolului, la diminuarea ratelor metabolismului hepatic a diverse substanțe, inclusiv a alcoolului, și scad procentajul de apă al corpului. Aceste modificări pot cauza la bătrâni apariția unei intoxicații mai severe și, în consecință, probleme la nivele mai reduse de consum. Problemele în legătură cu alcoolul la bătrâni este foarte posibil să fie asociate cu alte complicații medicale.

Femeile tind a prezenta concentrații de alcool în sânge mai mari decât bărbații la o anumită doză de alcool per kilogram din cauza procentului lor mai redus de apă în corp, a procentului lor mai ridicat de lipide în corp, precum și a faptului că ele tind a metaboliza alcoolul mai lent (în parte din cauza nivelelor mai reduse de alcool dehidrogenază în pliurile mucoasei gastrice). Din cauza acestor concentrații crescute de alcool, femeile prezintă un risc mai mare decât bărbații pentru unele dintre consecințele în legătură cu sănătatea ale unui aport excesiv de alcool (de ex., leziunile hepatice). Abuzul și dependența de alcool sunt mai frecvente la bărbați decât la femei, cu un raport bărbați/femei de peste 5:1, dar acest raport variază, însă, considerabil în funcție de grupa de etate. În general, femeile încep să bea cu câțiva ani mai târziu decât bărbații, dar odată ce abuzul sau dependența de alcool au survenit, la femei acestea par a progresa ceva mai rapid. Cu toate acestea, evoluția clinică a dependenței alcoolice la bărbați și la femei este mai mult similară decât diferită.

## Prevalență

Uzul de alcool este foarte răspândit în cele mai multe țări vestice, cu un consum per capita la adulți în Statele Unite estimat la 7,24 litri de alcool absolut, în 1994. În Statele Unite, între două treimi și 90% dintre adulți au consumat vreodată alcool, în funcție de anchetă și de metoda utilizată, cu cifre mai mari pentru bărbați decât pentru femei. O anchetă națională efectuată în 1996 arată că aproximativ 70% dintre bărbați și 60% dintre femei au consumat alcool, cifrele variind în raport cu etatea, cea mai mare prevalență (77%) constatându-se la cei în etate de 26-34 ani. Procente mai mari de băutori au fost raportate în mediul urban și în zonele de coastă ale Statelor Unite, cu diferențe modeste între grupurile rasiale. Trebuie notat că deoarece aceste anchete au evaluat mai mult patternurile de uz decât pe cele de tulburări, nu se știe câți dintre cei interogați care au uzat de alcool au avut simptome care satisfac criteriile pentru dependență sau abuz.

Reflectând, poate, diferențele în metodologia de cercetare și modificările criteriilor de diagnostic din decursul anilor, estimările prevalenței abuzului și dependenței de alcool variază considerabil între diversele studii. Cu toate acestea însă, când sunt utilizate criteriile DSM-III-R și DSM-IV, apare că la mijlocul anilor 90 riscul de morbiditate pe viață pentru dependența de alcool era de aproximativ 15% în populația generală. Procentul general de dependență alcoolică reală (considerată ca fiind numărul de indivizii al căror pattern de uz de alcool a satisfăcut criteriile pentru acesta în cursul anului precedent) se apropie probabil de 5%.

## Evoluție

Primul episod de intoxicație alcoolică este posibil să survină la mijlocul adolescenței, cu etatea la debutul dependenței de alcool atingând picul în anii 20 și jumătatea anilor 30. Marea majoritate a celor care prezintă tulburări în legătură cu alcoolul o fac la finele anilor lor 30. Prima probă de abstinență este posibil să nu survină decât după ce multe alte aspecte ale dependenței au apărut deja. Abuzul și dependența de alcool au o evoluție variabilă, caracterizată frecvent prin perioade de remisiune și de recădere. O decizie de a stopa băutul, adesea ca răspuns la o criză, este posibil să fie urmată de câteva săptămâni sau chiar mai mult de abstinență, care este urmată adesea de perioade limitate de băut controlat sau fără probleme. Însă, odată ce ingestia de alcool este reluată, este extrem de probabil că consumul va escalada rapid, și din nou vor apare probleme serioase. Clinicienii au adesea impresia eronată că dependența și abuzul de alcool sunt tulburări intratabile, bazându-se pe faptul că toți cei care se prezintă pentru tratament au de regulă un istoric de mulți ani de probleme severe în legătură cu alcoolul. Însă, aceste cele mai severe cazuri reprezintă numai un mic procent de indivizi cu dependență sau abuz de alcool, persoana tipică cu tulburare datorată uzului de alcool având un prognostic mult mai promițător. Studiile catamnestice efectuate pe indivizi cu un înalt nivel de funcționare indică un procent de abstinență de 1 an de peste 65% după tratament. Chiar printre indivizii mai puțin activi și fără locuință cu dependență alccoolică și care urmează un program de tratament nu mai puțin de 60% sunt abstinenți la trei luni și 45% la un an. Unii indivizi (poate 20% sau mai mult) cu dependență de alcool capătă o sobrietate de lungă durată, chiar fără tratament activ.

Chiar în cursul unei intoxicații ușoare cu alcool, este posibil să fie observate diverse simptome în diferite perioade de timp. La începutul perioadei de băut, când concentrațiile de alcool din sânge sunt crescute, simptomele includ adesea, locvacitatea, senzația de bine și o dispoziție euforică, expansivă. Mai târziu, în special când concentrațiile de alcool din sânge scad, individul devine progresiv mai depresiv, retras și deteriorat cognitiv. La concentrații foarte mari de alcool în sânge (de ex., 200-300 mg/dl) este foarte posibil ca un individ nontolerant să adoarmă și să intre în primul stadiu de anestezie. Concentrațiile și mai mari de alcool în sânge (de ex., de peste 300-400 mg/dl) pot cauza inhibarea respirației și pulsului, și chiar moartea, la indivizii nontoleranți. Durata intoxicației depinde de cât de mult alcool a fost consumat și în ce perioadă de timp. În general, corpul este capabil să metabolizeze aproximativ un pahar pe oră, astfel că concentrația de alcool din sânge scade într-un ritm de 15-20 mg/ml pe oră. Semnele și simptomele intoxicației este posibil să fie mai intense când concentrația de alcool în sânge crește, decât atunci când scade.

## Pattern familial

Dependența de alcool are adesea un pattern familial, și se estimează că 40-60% din varianța riscului este explicată prin influențe genetice. Riscul de dependență alcoolică este de trei până la patru ori mai mare la rudele apropiate ale oamenilor cu dependență alcoolică. Riscul mai mare este asociat cu un număr mai mare de rude afectate, cu relații genetice mai strânse și cu severitatea problemelor în legătură cu alcoolul la rudele afectate. Cele mai multe studii au constatat un risc semnificativ mai mare de dependență alcoolică la gemenul monozigot decât la cel

dizigot al unei persoane cu dependență de alcool. Studiile pe adoptați au revelat o creștere a riscului de dependență de alcool de trei, patru ori la copiii indivizilor cu dependență de alcool, când acești copii au fost adoptați de la naștere și crescuți de părinți care nu au această tulburare. Cu toate acestea însă, factorii genetici explică numai o parte a riscului de dependență alcoolică, o parte semnificativă a riscului venind din factorii ambientali sau interpersonali, care pot include atitudinile culturale față de băut și beție, accesibilitatea alcoolului (inclusiv prețul), expectațiile de la efectul alcoolului asupra dispoziției și comportamentului, experiențele personale căpătate cu alcoolul, și stresul.

## Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de alcool pot fi caracterizate prin simptome (de ex., dispoziție depresivă) care seamănă cu **tulburările mentale primare** (de ex., tulburarea depresivă majoră versus tulburarea afectivă indusă de alcool, cu elemente depresive, cu debut în cursul intoxicației). Vezi pag. 210 pentru discutarea diagnosticului diferențial.

Incoordonarea și deteriorarea judecății asociate cu intoxicația alcoolică seamănă cu simptomele **anumitor condiții medicale generale** (de ex., acidoza diabetică, ataxiile cerebeloase și alte condiții neurologice, cum ar fi scleroza multiplă). În mod similar, simptomele abstinenței alcoolice pot fi mimate de anumite condiții medicale generale (de ex., de hipoglicemie și cetoacidoza diabetică). **Tremorul esențial**, o tulburare care circulă frecvent prin unele familii, poate sugera tremorul asociat cu abstinența de alcool.

Intoxicația alcoolică (cu excepția halenei alcoolice) seamănă mult cu **intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice.** Prezența alcoolului în aerul expirat nu exclude prin sine intoxicațiile cu alte substanțe, deoarece multe substanțe nu de puține ori sunt utilizate concomitent. Deși intoxicația, la un moment dat în cursul vieții, este posibil să fie o parte a istoricului celor mai mulți indivizi care beau alcool, când acest fenomen survine regulat sau cauzează deteriorare, este important de luat în considerație posibilitatea unui diagnostic de dependență sau abuz de alcool. **Abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice** produce un sindrom foarte asemănător cu abstinența de alcool.

Intoxicația alcoolică și abstinența alcoolică se disting de **alte tulburări induse de alcool** (de ex., de tulburarea anxioasă indusă de alcool, cu debut în cursul abstinenței), deoarece simptomele din aceste din urmă tulburări sunt în exces față de cele asociate de regulă cu intoxicația alcoolică sau cu abstinența alcoolică și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. **Intoxicația alcoolică idiosincratică**, definită ca o modificare comportamentală marcată, de regulă agresivitate, urmând ingestiei unei mici cantități de alcool, era inclusă în DSM-III-R. Din cauza suportului limitat din literatură pentru validitatea acestei condiții, ea nu mai este inclusă ca un diagnostic separat în DSM-IV. Astfel de tablouri clinice trebuie să fie diagnosticate cel mai probabil ca intoxicație alcoolică ori ca tulburare în legătură cu alcoolul fără altă specificație.

## 291.82 Tulburare în legătură cu Alcoolul Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu alcoolul fără altă specificație este rezervată tulburărilor asociate cu uzul de alcool care nu pot fi clasificate ca dependență de alcool, abuz de alcool, intoxicație alcoolică, abstinență alcoolică, delirium prin intoxicație alcoolică, delirium prin abstinență de alcool, demență persistentă indusă de alcool, tulburare amnestică persistentă indusă de alcool, tulburare psihotică indusă de alcool, tulburare afectivă indusă de alcool, tulburare anxioasă indusă de alcool, disfuncție sexuală indusă de alcool sau tulburare de somn indusă de alcool.

## Tulburările în legătură cu Amfetamina (sau cu Substanțe Similare)

Clasa amfetaminei și a substanțelor similare amfetaminei include toate substanțele cu structură feniletilaminică substituită, cum ar fi amfetamina, dextroamfetamina și metamfetamina („speed") (viteză). De asemenea, mai sunt incluse acele substanțe care sunt diferite structural, dar care au o acțiune similară amfetaminei, cum ar fi metilfenidatul și alți agenți utilizați ca suprimanți ai apetitului („pilule de dietă"). Aceste substanțe sunt luate de regulă oral sau administrate intravenos, deși metamfetamina este luată, de asemenea, și pe cale nasală („prizat"). O formă foarte pură de metamfetamina este denumită „ice" (ghiață) din cauza aspectului cristalelor sale când sunt văzute mărite sub lupă. Datorită marii sale purități și punctului de vaporizare relativ scăzut, „ice" poate fi fumată pentru a produce un efect stimulant puternic și imediat (așa cum se face cu cocaina „crack" (trăsnet)). Pe lângă compușii sintetici similari amfetaminei, există stimulante naturale derivate din plante, cum ar fi khatul (frunzele plantei), care poate produce abuz sau dependență. Contrar cocainei, care este aproape totdeauna procurată de pe piața ilegală, amfetamina și alte stimulante pot fi obținute pe bază de prescripție medicală pentru tratamentul obezității, tulburării hiperactivitate/deficit de atenție și narcolepsiei. Stimulantele prescrise au fost cândva deviate pe piața ilegală, adesea în contextul unor programe de control al greutății. Cele mai multe efecte ale amfetaminelor și drogurilor similare amfetaminei sunt asemănătoare cu cele ale cocainei. Însă, contrar cocainei, aceste substanțe nu au activitate anestezică locală (recte, canal ionic de membrană); de aceea, riscul lor de a induce anumite condiții medicale generale (de ex., aritmii cardiace și crize epileptice) poate fi mai redus. Efectele psihoactive ale celor mai multe substanțe similare amfetaminei durează mai mult decât cele ale cocainei, iar efectele simpatomimetice periferice pot fi mai puternice.

Această secțiune conține discuții care sunt specifice tulburărilor în legătură cu amfetamina. Textul și seturile de criterii au fost deja prezentate la aspectele generale ale dependenței de o substanță (pag.192) și abuzului de o substanță (pag.198), care se aplică tuturor substanțelor. Textele specifice dependenței și abuzului de amfetamină sunt prezentate mai jos; nu există însă seturi de criterii specifice suplimentare pentru dependența de amfetamină sau pentru abuzul de amfetamină. Textele și seturile de criterii specifice pentru intoxicația cu amfetamină și pentru abstinența de amfetamină sunt prevăzute, de asemenea, mai jos.

Tulburările induse de amfetamină (altele decât intoxicația și abstinența de amfetamină) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea afectivă indusă de amfetamină este inclusă în secțiunea „Tulburările afective"). Mai jos sunt menționate tulburările uzului de amfetamină și tulburările induse de amfetamină.

### Tulburările uzului de amfetamină

304.40 **Dependența de amfetamină** (vezi pag. 224)
305.70 **Abuzul de amfetamină** (vezi pag. 225)

### Tulburările induse de amfetamină

292.89 **Intoxicația cu amfetamină** (vezi pag. 226). *De specificat dacă*: Cu perturbări de percepție
292.00 **Abstinența de amfetamină** (vezi pag. 227)
292.81 **Deliriumul prin intoxicație cu amfetamină** (vezi pag. 143)
292.11 **Tulburarea psihotică indusă de amfetamină, cu idei delirante** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
292.12 **Tulburarea psihotică indusă de amfetamină, cu halucinații** (vezi pag. 338) *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
292.84 **Tulburarea afectivă indusă de amfetamină** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței
92.89 **Tulburarea anxioasă indusă de amfetamină** (vezi pag. 479). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației
292.89 **Disfuncția sexuală indusă de amfetamină** (vezi pag. 562). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
292.89 **Tulburarea de somn indusă de amfetamină** (vezi pag. 655). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței
292.9 **Tulburare în legătură cu amfetamina fără altă specificație** (vezi pag. 231)

## *Tulburările Uzului de Amfetamină*

## 304.40 Dependența de Amfetamină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192). Patternurile de uz și de evoluție ale dependenței de amfetamină sunt similare cu cele ale dependenței de cocaină, deoarece ambele substanțe sunt stimulante puternice ale sistemului nervos central, cu efecte psihoactive și simpatomimetice similare. Însă, amfetaminele au o durată de acțiune mai mare decât cocaina și, ca atare, sunt autoadministrate mai puțin frecvent. Ca și în dependența de cocaină, uzul poate fi cronic sau episodic, cu excese („speed runs") punctate de scurte perioade de sobrietate. Comportamentul agresiv sau violent este asociat cu dependența de amfetamină, în special când doze mari sunt fumate (de ex., „ice") sau administrate intravenos. Ca și în cazul cocainei, adesea este observată o anxietate intensă, dar temporară, semănând cu panica sau cu anxietatea

generalizată, precum și o ideație paranoidă și episoade psihotice care seamănă cu schizofrenia, tipul paranoid, în special în asociere cu uzul în doză mare. Stările de abstinență sunt asociate adesea cu simptome depresive temporare, dar intense, care pot semăna cu un episod depresiv major. Toleranța la amfetamine se dezvoltă adesea, ducând la escaladarea substanțială a dozei. Invers, unii indivizi cu dependență de amfetamină, dezvoltă sensibilizare, care este caracterizată prin creșterea considerabilă a efectelor urmând administrărilor repetate. În aceste cazuri, doze mici pot produce efecte stimulante marcate, precum și alte efecte mentale și neurologice adverse.

### Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați diagnosticului de dependență de amfetamină (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Cu dependență fiziologică**
**Fără dependență fiziologică**

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisiune parțială prelungită**
**Într-un mediu controlat**

## 305.70 Abuzul de Amfetamină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abuzul de o substanță (vezi pag. 198). Chiar și indivizii al căror pattern de uz nu satisface criteriile pentru dependență pot prezenta numeroase probleme în legătură cu aceste substanțe. Dificultățile legale apar de regulă ca rezultat al comportamentului din timpul cât individul este intoxicat cu amfetamine (în special, comportamentul agresiv), ca o consecință a obținerii drogului pe piața ilegală sau ca rezultat al posedării sau uzului de drog. Ocazional, indivizii cu abuz de amfetamină se angajează în acte ilegale (de ex., producerea de amfetamină, furt) pentru a obține drogul; acest comportament este mai frecvent însă la cei cu dependență. Indivizii pot continua să facă uz de substanță în disprețul faptului că știu că acesta duce la certuri cu membrii familiei în timp ce individul este intoxicat sau prezintă un exemplu negativ copiilor sau altor membrii de familie apropiați. Când aceste probleme sunt însoțite de proba toleranței, abstinenței sau comportamentului compulsiv, trebuie luat în considerație mai curând diagnosticul de dependență de amfetamină decât cel de abuz. Deoarece unele simptome de tolență, de abstinență sau abuz pot surveni la indivizii cu abuz, dar nu cu dependență, este important să se precizeze dacă sunt satisfăcute criteriile complete pentru dependență.

# Tulburările induse de Amfetamină

## 292.89 Intoxicația cu Amfetamină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației cu amfetamină îl constituie prezența de modificări dezadaptative comportamentale și psihologice semnificative clinic, care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de amfetamină sau de o substanță similară ( criteriile A și B). Intoxicația cu amfetamină începe de regulă cu senzația de „exaltare" urmată de apariția de simptome, precum euforia cu vigoare crescută, gregaritatea, hiperactivitatea, neliniștea, hipervigilitatea, susceptibilitatea interpersonală, locvacitatea, anxietatea, tensiunea, alerta, grandoarea, comportamentul stereotip și repetitiv, starea coleroasă, încăierările și deteriorarea judecății. În cazul intoxicației cronice, poate exista aplatizare afectivă cu fatigabilitate sau tristețe și retragere socială. Aceste modificări compotamentale și psihologice sunt acompaniate de două sau mai multe dintre următoarele semne și simptome: tahicardie sau bradicardie, dilatație pupilară, creșterea sau scăderea presiunii sanguine, transpirație sau senzație de frig, greață sau vomă, pierdere evidentă în greutate, agitație sau lentoare psihomotorie, scăderea forței musculare, deprimare respiratorie, precordialgii sau aritmii cardiace, confuzie, crize epileptice, diskinezii, distonii sau comă (criteriul C). Intoxicația cu amfetamină, fie acută sau cronică, se asociază adesea cu deteriorarea funcționării sociale sau profesionale. Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și să nu fie explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul D). Magnitudinea și manifestările modificărilor comportamentale și fiziologice depind de doza utilizată și de caracteristicile individuale ale persoanei care uzează de substanță (de ex., toleranța, ritmul de absorbție, cronicitatea uzului). Modificările asociate cu intoxicația încep de regulă în decurs de câteva minute (uneori chiar în decurs de câteva secunde), dar pot surveni și în decurs de până la o oră, în funcție de drogul specific și de metoda de administrare.

### Specificant

Următorul specificant poate fi aplicat unui diagnostic de intoxicație cu amfetamină:

> **Cu perturbare de percepție.** Acest specificant poate fi menționat când halucinații cu testarea realității intactă sau iluzii vizuale, auditive ori tactile survin în absența unui delirium. *Testarea realității intactă* înseamnă că persoana știe că halucinațiile sunt induse de substanță și nu reprezintă realitatea externă. Când halucinațiile survin în absența unei *testări a realității* intacte, trebuie luat în considerație diagnosticul de tulburare psihotică indusă de o substanță, cu halucinații.

### Criteriile de diagnostic pentru 292. 89 Intoxicația cu Amfetamină

A. Uz recent de amfetamină sau de o substanță afină (de ex. metilfenidat).

B. Modificări psihologice sau comportamentale dezadaptative semnificative clinic (de ex. euforie sau aplatizare afectivă, modificare de sociabilitate, hipervigilitate, sensibilitate interpersonală, anxietate, tensiune sau mânie, comportamente stereotipe, deteriorarea judecății sau deteriorarea funcționării sociale sau profesionale) care apar în cursul sau scurt timp după uzul de amfetamină sau de o substanță afină.

C. Două (sau mai multe) dintre următoarele apărând în cursul sau la scurt timp după uzul de amfetamină sau de o substanță afină:

(1) tahicardie sau bradicardie;
(2) dilatație pupilară;
(3) creșterea sau scăderea presiunii sanguine;
(4) transpirații sau frisoane;
(5) greață sau vomă;
(6) pierdere evidentă în greutate;
(7) agitație sau lentoare psihomotorie;
(8) scăderea forței musculare, depresie respiratorie, precordialgie sau aritmii cardiace;
(9) confuzie, convulsii, diskinezii, distonii sau comă.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

*De specificat dacă:*

**Cu perturbări de percepție**

## 292.00 Abstinența de Amfetamină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abstinența de o substanță (vezi pag. 201). Elementul esențial al abstinenței de amfetamină îl constituie prezența unui sindrom de abstinență caracteristic care apare în decurs de câteva ore până la câteva zile după încetarea (sau reducerea) uzului excesiv și prelungit de amfetamină (criteriile A și B). Simptomele de abstinență sunt în general opusul celor văzute în cursul intoxicației. Sindromul de abstinență este caracterizat prin apariția unei dispoziții disforice și a două sau mai multe dintre următoarele modificări fiziologice: fatigabilitate, vise vii și neplăcute, insomnie sau hipersomnie, creșterea apetitului și agitație sau lentoare psihomotorie. Anhedonia și dorința ardentă de drog pot fi prezente, dar nu sunt parte a criteriilor de diagnostic. Simptomele cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social ori profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și să nu fie explicate mai bine de altă tulburare mentală.

Simptomele de abstinență marcată („crashing") urmează adesea după un episod de uz intens de doze mari (o „speed run"). Aceste perioade sunt caracterizate prin sentimente intense și neplăcute de lasitudine și depresie, care cer în general mai

multe zile de repaus și recuperare. Pierderea în greutate survine frecvent în cursul uzului excesiv de stimulante, pe când o creștere marcată a apetitului cu plus ponderal rapid este observată adesea în cursul abstinenței. Simptomele depresive pot dura mai multe zile și pot fi acompaniate de ideație suicidiară. Imensa majoritate a indivizilor cu dependență de amfetamine au experientat un sindrom de abstinență la un moment dat în viața lor și ca atare toți relatează toleranța.

### Criteriile de diagnostic pentru 292.0 Abstinența de Amfetamină

A. Încetarea (sau reducerea) uzului de amfetamină (sau de o substanță afină), uz care a fost excesiv și prelungit.

B. Dispoziție disforică și două (sau mai multe) dintre următoarele modificări psihologice apărând în decurs de câteva ore sau zile după criteriul A:

(1) fatigabilitate;
(2) vise vii, neplăcute;
(3) insomnie sau hipersomnie;
(4) creșterea apetitului;
(5) lentoare sau agitație psihomotorie.

C. Simptomele de la criteriul B cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială sau profesională sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## Alte Tulburări induse de Amfetamină

Următoarele tulburări induse de amfetamină sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia: **deliriumul prin intoxicație cu amfetamină** (pag. 143), **tulburarea psihotică indusă de amfetamină** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de amfetamină** (pag. 405), **tulburarea anxioasă indusă de amfetamină** (pag. 479), **disfuncția sexuală indusă de amfetamină** (pag. 562), **tulburarea de somn indusă de amfetamină** (pag. 655). Aceste tulburări sunt diagnosticate în locul intoxicației cu amfetamină sau al abstinenței de amfetamină, numai când simptomele sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu intoxicația sau abstinența de amfetamină și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## *Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Amfetamina*

### Elemente și tulburări asociate

Intoxicația acută cu amfetamină este asociată uneori cu limbaj divagant, idei de referință tranzitorii și tinitus. În cursul intoxicației intense cu amfetamină pot fi

experientate ideație paranoidă, halucinații auditive pe fondul unui sensorium clar și halucinații tactile (de ex. furnicături și senzația de gândaci sub piele). Frecvent, persoana care uzează de substanță recunoaște că aceste simptome sunt rezultatul stimulantelor. Poate surveni o stare coleroasă extremă cu amenințări sau trecere la acțiune printr-un comportament agresiv. Modificările de dispoziție, cum ar fi depresia cu idei de suicid, iritabilitatea, anhedonia, labilitatea emoțională sau tulburările de atenție și de concentrare sunt comune, în special în cursul abstinenței. Pierderea în greutate, anemia și alte semne de malnutriție și de deteriorare a igienei personale sunt adesea văzute în dependența prelungită de amfetamină.

Tulburările în legătură cu amfetamina și tulburările în legătură cu alte stimulante sunt asociate adesea cu dependența sau abuzul de alte substanțe, în special de cele cu proprietăți sedative (cum ar fi alcoolul sau benzodiazepinele), care sunt luate de regulă pentru a reduce senzațiile neplăcute de „nervozitate" rezultând din efectele drogurilor stimulante.

Datele de laborator și datele examinării somatice, precum și tulburările mentale și condițiile medicale generale care sunt asociate cu tulburările în legătură cu amfetamina sunt în general similare cu cele asociate cu tulburările în legătură cu cocaina (vezi pag. 246). Testele de urină pentru substanțele din această clasă rămân de regulă pozitive numai timp de 1-3 zile, chiar după un „chef". Efectele adverse pulmonare sunt văzute mai rar decât în cazul cocainei, deoarece substanțele din această clasă sunt inhalate de mai puține ori pe zi. Crizele epileptice, infecția cu HIV, malnutriția, plăgile prin arme de foc sau de cuțit, epistaxisurile și problemele cardiovasculare sunt văzute adesea ca acuze pe care le prezintă indivizii cu tulburări în legătură cu amfetamina. Un istoric de tulburare de conduită în copilărie, de tulburare de personalitate antisocială și de tulburare hiperactivitate/deficit de atenție poate fi asociat cu apariția ulterioară a tulburărilor în legătură cu amfetamina.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Dependența și abuzul de amfetamină sunt întâlnite la toate nivelele societății și sunt mai frecvente printre persoanele în etate de 18–30 ani. Administrarea intravenoasă este mai frecventă printre persoanele din grupele socio-economice inferioare și are un raport bărbați/femei de 3 sau 4:1. Raportul bărbați/femei este mai uniform distribuit printre cei cu uz nonintravenos.

## Prevalență

Patternul de uz de amfetamine în populația generală diferă între localități (de ex., cu procente mai mari în sudul Californiei) și a fluctuat considerabil în timp. În Statele Unite, patternurile de uz generale au atins cel mai înalt nivel la începutul anilor '80, când mai mult de 25% dintre adulți relatau că au făcut cândva uz de unul dintre aceste droguri.

Referitor la uzul mai recent, o anchetă națională în legătură cu uzul de drog a raportat că în jur de 5% dintre adulți au recunoscut că au făcut cândva uz de droguri „stimulante" pentru a ajunge la „exaltare". Aproximativ 1% au recunoscut că au luat amfetamine cândva în cursul anului trecut și 0.4% că au luat amfetamine luna trecută. Picul prevalenței celor care au făcut uz cândva de amfetamină se situa între etățile de 26 și 34 ani (6%), în timp ce uzul în cursul ultimului an a fost cel mai ridicat printre cei în etate de 18-25 ani (2%). Unele anchete au raportat patternuri uz

chiar mai mari la unele cohorte de tineri. O anchetă din 1997 printre elevii din clasele superioare de liceu a raportat că 16% dintre au făcut cândva uz de droguri similare amfetaminei, iar 10% au făcut uz anul trecut. Trebuie reținut că, deoarece aceste anchete au evaluat mai curând patternurile de uz decât tulburările, nu se știe câți dintre cei care au făcut uz de amfetamină chestionați au avut simptome care satisfăceau criteriile pentru dependență sau abuz.

Procentele de dependență și abuz de amfetamine sunt dificil de documentat. Un studiu epidemilogic național efectuat în Statele Unite la începutul anilor '90 a raportat o prevalență pe viață de 1,5% a acestor tulburări ale uzului de amfetamină, inclusiv prevalența de 0,14% din ultimele 12 luni.

## Evoluție

Unii indivizi, care prezintă abuz sau dependență de amfetamine sau de substanțe similare amfetaminei, încep să facă uz de aceste substanțe în tentativa de a-și controla greutatea. Alții fac cunoștință cu aceste substanțe prin piața ilegală. Dependența poate surveni rapid când substanța este administrată intravenos sau fumată. Administrarea orală duce de regulă la o progresiune mai lentă de la uz la dependență. Dependența de amfetamină este asociată cu două patternuri de administrare: uz episodic sau uz zilnic (sau aproape zilnic). În patternul episodic, uzul de substanță este separat prin zile de nonuz (de ex., uz intens în cursul week-endului ori într-una sau mai multe zile ale săptămânii). Aceste perioade de uz intensiv de doze mari (numite adesea „speed runs" sau „orgii") sunt adesea asociate cu uzul intravenos. „Voiajele" tind a se termina numai când stocul de drog este epuizat. Uzul cronic zilnic poate implica doze mari sau mici, și poate avea loc tot timpul zilei sau poate fi redus la doar câteva ore. În uzul cronic zilnic, în general, nu există fluctuații mari de doză, zile în șir, dar uneori există o creștere a dozei cu timpul. Uzul cronic de doze mari devine adesea neplăcut din cauza sensibilității și apariției disforiei și a altor efecte negative ale drogului. Puținele date pe termen lung disponibile indică faptul că la persoanele care au devenit dependente de amfetamine există tendința de a reduce sau de a stopa uzul după 8-10 ani. Aceasta pare a rezulta din apariția efectelor adverse mentale și somatice care survin în asociație cu dependența de lungă durată. Nu există nici un fel de date disponibile sau doar foarte puține despre evoluția pe termen lung a abuzului.

## Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului difențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de amfetamină pot fi caracterizate prin simptome (de ex., idei delirante) care seamănă cu **tulburările mentale primare** (de ex., tulburarea schizofreniformă versus tulburarea psihotică indusă de amfetamină, cu idei delirante, cu debut în cursul intoxicației). Vezi pag. 210 pentru discutarea acestui diagnostic diferențial.

**Intoxicația cu cocaină, intoxicația cu halucinogene** și **intoxicația cu phencyclidină** pot cauza un tablou clinic similar și, uneori, pot fi distinse de intoxicația cu amfetamină numai prin prezența metaboliților amfetaminei în urină sau a amfetaminei în plasmă. Dependența și abuzul de amfetamină trebuie să fie distinse de **dependența și abuzul de cocaină, phencyclidină** și **halucinogene**. Intoxicația cu amfetamină și abstinența de amfetamină se disting de **alte tulburări induse de amfetamină** (de ex., tulburarea anxioasă indusă de amfetamină, cu

debut în cursul intoxicației), deoarece simptomele în aceste din urmă tulburări sunt în exces față de cele asociate de regulă cu intoxicația cu amfetamină ori cu abstinența de amfetamină și sunt suficient de severe pentru a justfica o atenție clinică separată.

## 292.9 Tulburare în legătură cu Amfetamina Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu amfetamina fără altă specificație este rezervată tulburărilor asociate cu uzul de amfetamină (sau de o altă substanță afină) care nu sunt clasificabile ca dependență de amfetamină, abuz de amfetamină, intoxicație cu amfetamină, abstinența de amfetamină, delirium prin intoxicație cu amfetamină, tulburare psihotică indusă de amfetamină, tulburare afectivă indusă de amfetamină, tulburare anxioasă indusă de amfetamină, disfuncție sexuală indusă de amfetamină sau tulburare de somn indusă de amfetamină.

## Tulburările în legătură cu Cafeina

Cafeina poate fi consumată dintr-un număr diferit de surse, incluzând cafeaua (fiartă = 100140 mg/8 uncii, instant nes = 65 mg-100 mg/8 uncii), ceaiul (40-100 mg/8 uncii), apa gazoasă cafeinizată (45 mg/12 uncii), analgezicele vândute fără prescripție și medicamentele contra răcelii (25-50 mg/tabletă), stimulantele (100-200 mg/tabletă) și auxiliarele pentru pierderea în greutate (75-200 mg/tabletă). Ciocolata și cacao au concentrații mult mai reduse de cafeină (de ex., 5 mg/batonul de ciocolată). Consumul de cafeină este ubicuitar în multe din state (Statele Unite) cu un aport mediu de cafeină de aproximativ 200 mg pe zi și până la 30% dintre americani consumă 500 mg sau mai mult pe zi. Unii indivizi care beau mari cantități de cafea, manifestă unele semne de dependență de cafeină și prezintă toleranță, și poate chiar abstinență. Însă, la ora actuală există insuficiente date pentru a preciza dacă aceste simptome sunt asociate cu o deteriorare semnificativă clinic care satisface criteriile pentru dependența de o substanță ori abuzul de o substanță. Din contra, există date conform cărora intoxicația cu cafeină poate fi semnificativă clinic, iar textul și criteriile specifice sunt prezentate mai jos. De asemenea, date recente sugerează posibila relevanță clinică a abstinenței de cafeină; un set de criterii de cercetare este inclus la pag. 765. Tulburările induse de cafeină (altele decât intoxicația cu cafeină) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea anxioasă indusă de cafeină este inclusă în secțiunea „Tulburările Anxioase"). Mai jos sunt menționate tulburările induse de cafeină.

### Tulburările induse de cafeină

305.90 **Intoxicația cu cafeină** (vezi. pag. 232)

292.89 **Tulburarea anxioasă indusă de cafeină** (vezi. pag. 479)
*De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației

292.89 **Tulburarea de somn indusă de cafeină** (vezi. pag. 655)
*De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației

292.9 **Tulburarea în legătură cu cafeina fără altă specificație** (vezi. pag. 234)

# *Tulburările induse de Cafeină*

## 305.90 Intoxicația cu Cafeină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației cu cafeină îl constituie consumul recent de cafeină și cinci sau mai multe simptome care se dezvoltă în cursul sau la scurt timp după uzul de cafeină (criteriile A și B). Simptomele care pot apare după ingestia a nu mai puțin de 100 mg de cafeină pe zi includ neliniștea, nervozitatea, excitația, insomnia, faciesul congestiv, diureza (crescută) și acuze gastrointestinale. Simptomele care apar în general la nivelele de mai mult de 1 g/zi includ fasciculația musculară, devierea cursului gândirii și vorbirii, tahicardie sau aritmii cardiace, perioade de infatigabilitate și agitația psohomotorie. Intoxicația cu cafeină poate să nu apară, în disprețul cantității mari de cafeină administrate, din cauza dezvoltării toleranței. Simptomele trebuie să cauzeze detresă sau deteriorare clinică semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și nu trebuie să fie explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., tulburarea anxioasă) (criteriul D).

### Criteriile de diagnostic pentru 305.90 Intoxicația cu Cafeină

A. Consum recent de cafeină, de regulă de mai mult de 250 mg (de ex., mai mult de 2–3 cești de cafea fiartă).

B. Cinci (sau mai multe) dintre următoarele semne, apărând în cursul uzului de cafeină sau la scurt timp după aceea:

(1) neliniște;
(2) anxietate;
(3) excitație;
(4) insomnie;
(5) facies congestiv;
(6) diureză;
(7) perturbare gastrointestinală;
(8) crampe musculare;
(9) deraierea fluxului gândirii și vorbirii;
(10) tahicardie sau aritmii cardiace;
(11) perioade de infatigabilitate;
(12) agitație psihomotorie.

C. Simptomele de la criteriul B cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., o tulburare anxioasă).

# Alte Tulburări induse de Cafeină

Următoarele tulburări induse de cafeină sunt descrise în alte secțiuni ale manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia: tulburarea anxioasă indusă de cafeină (pag. 479) și tulburarea de somn indusă de cafeină (pag. 655). Aceste tulburări se diagnostichează în locul intoxicației cu cafeină, numai când simptomele sunt în exces versus cele asociate de regulă cu intoxicația cu cafeină și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## *Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Cafeina*

### Elemente și tulburări asociate

Perturbări senzoriale ușoare (de ex., tinitus în urechi și flașuri de lumină) au fost descrise la doze mari. Deși dozele mari de cafeină pot crește ritmul cardiac, dozele mai mici pot încetini pulsul. Faptul dacă excesul de cafeină poate cauza cefaleea este neclar. La examenul somatic pot fi observate, agitație, neliniște, transpirații, tahicardie, facies congestiv și creșterea motilității intestinului gros. Patternurile tipice de administrare a cafeinei nu sunt asociate constant cu alte probleme medicale. Uzul excesiv se asociază însă, cu apariția sau exacerbarea anxietății și simptomelor somatice, cum ar fi aritmiile cardiace și durerea gastrointestinală ori diareea. La doze acute depășind 10g de cafeină, crizele de grand mal și insuficiența respiratorie pot duce la moarte. Uzul excesiv de cafeină se asociază cu tulburările afective, de comportament alimentar, psihotice, de somn și în legătură cu o substanță, din care cauză indivizii cu tulburări anxioase este posibil să evite această substanță.

### Elemente specifice culturii, etății și sexului

Uzul de cafeină și sursele din care este consumată cafeina variază foarte mult în diverse culturi. Media cantității de cafeină consumată în cele mai multe dintre țările în curs de dezvoltare este de mai puțin de 50 mg pe zi în comparație cu 400 mg pe zi sau mai mult în Suedia, Regatul Unit și alte națiuni europene. Consumul de cafeină crește în cursul anilor 20 și adesea scade după etatea de 65 ani. Consumul de cafeină este mai mare la bărbați decât la femei. Odată cu avansarea în etate, este posibil ca oamenii să prezinte reacții tot mai intense la cafeină, cu o mulțime de acuze de interferență cu somnul sau senzații de excitație excesivă

### Prevalență

Patternul de uz de cafeină fluctuează în cursul vieții, cu 80-85% dintre adulți consumând cafeină în fiecare an. Dintre indivizii care consumă cafeină, 85% sau mai mult uzează de băuturi conținând cafeină cel puțin odată pe săptămână, bând în medie aproape 200 mg/zi. Aportul de cafeină este crescut probabil printre indivizii care fumează și, poate, printre cei care uzează de alcool și de alte substanțe. Prevalența tulburărilor în legătură cu cafeina este necunoscută.

### Evoluție

Consumul de cafeină începe de regulă în adolescență, crește în anii '20 și '30 apoi nivelul uzului stagnează și, poate, începe să scadă. Dintre cei aproximativ 40% de indivizii care au stopat consumul oricărei forme de cafeină, cei mai mulți afirmă că și-au schimbat patternul ca răspuns la efectele secundare ale acesteia sau a preocupărilor lor pentru sănătate. Acestea din urmă includ aritmiile cardiace, alte probleme cardiace, creșterea presiunii sanguine, maladia fibrochistică a sânului, insomnia sau anxietatea. Deoarece apare toleranță la efectele comportamentale ale cafeinei, intoxicația cu cafeină este observată adesea la cei care uzează de cafeină mai puțin frecvent sau la cei care au crescut recent consumul lor de cafeină la o cantitate apreciabilă.

### Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de cafeină pot fi caracterizate prin simptome (de ex., atacuri de panică) amintind de **tulburările mentale primare** (de ex., panica versus tulburarea anxioasă indusă de cafeină, cu atacuri de panică, cu debut în cursul intoxicației). Vezi pag. 210 pentru discutarea acestui diagnostic diferențial.

Pentru a satisface criteriile pentru intoxicația cu cafeină, simptomele nu trebuie să se datoreze unei **condiții medicale generale** ori altei tulburări mentale, cum ar fi **tulburarea anxioasă**, care le-ar putea explica mai bine. **Episoadele maniacale, panica, anxietatea generalizată, intoxicația cu amfetamină, abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice ori abstinența de nicotină, tulburările de somn** și efectele **secundare induse de medicamente** (de ex., akatisia) pot cauza un tablou clinic similar cu cel al intoxicației cu cafeină. Relația temporală a simptomelor cu creșterea consumului de cafeină ori cu abstinența de cafeină ajută la stabilirea diagnosticului. Intoxicația cu cafeină se distinge de **tulburarea anxioasă indusă de cafeină, cu debut în cursul intoxicației** (pag. 479) și de **tulburarea de somn indusă de cafeină, cu debut în cursul intoxicației** (pag. 655) prin faptul că simptomele în aceste din urmă tulburări sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu intoxicația cu cafeină și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## 292.9 Tulburare în legătură cu Cafeina Fără Altă Specificație

Categoria tulburării în legătură cu cafeina fără altă specificație este rezervată tulburărilor asociate cu uzul de cafeină care nu sunt clasificabile ca intoxicație cu cafeină, tulburare anxioasă indusă de cafeină ori tulburare de somn indusă de cafeină. Un exemplu în acest sens este abstinența de cafeină (vezi pag. 764 pentru criteriile de cercetare sugerate).

## Tulburările în legătură cu Cannabisul

Această secțiune include problemele care sunt asociate cu substanțele derivate din planta cannabis (cannabinoizii) și compușii sintetici similari chimic. Când

frunzele superioare, vârfurile și tulpinile plantei sunt tăiate, uscate și rulate în țigarete, produsul este denumit de regulă marihuana. Hașișul este exudatul rășinos, uscat, care se prelinge din vârfurile și partea inferioară a frunzelor de cannabis; uleiul de cannabis este un distilat concentrat de hașiș. În ultimii ani, în Asia, Hawaii și California a fost produsă o formă foarte puternică de cannabis, sensimilla. De regulă, cannabinoizii sunt fumați, dar pot fi luați și oral, amestecați cu ceai sau cu mâncare. Cannabinoidul care a fost identificat ca principalul responsabil pentru efectele psihoactive ale cannabisului este delta-9-tetrahidrocannabinolul (cunoscut, de asemenea, ca THC sau delta-9-THC), substanță care este rar disponibilă în formă pură. Cannabinoizii au diverse efecte asupra creierului dintre care cele mai proeminente sunt efectele asupra receptorilor cannabinoizi CB1 și CB2, care sunt reperați peste tot în sistemul nervos central. Liganzii endogeni pentru acești receptori, anandamida și N-palmitoetanolamida se comportă în esență ca niște neurotransmițători. Conținutul în THC al marihuanei disponibile variază foarte mult. Conținutul în THC al marihuanei ilicite a crescut considerabil, începând din ultima parte a anilor 1960 de la 1%–5% la mai mult de 10%–15%. Delta-9-THC sintetic a fost utilizat în anumite condiții medicale generale (de ex., pentru combaterea greții și vomei cauzate de chimioterapie, pentru tratarea anorexiei și pierderii în greutate la indivizii cu sindromul imunodeficienței câștigate [SIDA]).

Această secțiune conține comentarii specifice referitoare la tulburările în legătură cu cannabisul. Textele și seturile de criterii au fost deja prezentate la definirea aspectelor generale ale dependenței de o substanță (pag. 192) și abuzului de o substanță (pag. 198) care se aplică tuturor substanțelor. Aplicarea acestor criterii generale la dependența de cannabis și la abuzul de cannabis sunt prezentate mai jos. Nu există, însă, seturi de criterii specifice pentru dependența și abuzul de cannabis. De asemenea, este prevăzut mai jos un un text și un set de criterii specifice pentru intoxicația cu cannabis. Simptome ale unei posibile abstinențe de cannabis (de ex., dispoziție iritabilă sau anxioasă, acompaniată de modificări fiziologice, cum ar fi tremorul, transpirația, greața, modificarea apetitului și tulburările de somn) au fost descrise în asociere cu uzul unor doze foarte mari, dar semnificația lor clinică este incertă. Pentru aceste motive, diagnosticul de abstinență de cannabis nu este inclus în acest manual. Tulburările induse de cannabis (altele decât intoxicația cu cannabis) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea afectivă indusă de cannabis este inclusă în secțiunea „Tulburările afective"). Mai jos sunt menționate tulburările uzului de cannabis și tulburările induse de cannabis.

## Tulburările uzului de cannabis

304.30 **Dependența de cannabis** (vezi pag. 236)
305.20 **Abuzul de cannabis** (vezi pag. 236)

## Tulburările induse de cannabis

292.89 **Intoxicația cu cannabis** (vezi pag. 237). *De specificat dacă*: Cu perturbări de percepție
292.81 **Deliriumul prin intoxicație cu cannabis** (vezi pag. 143)
292.11 **Tulburarea psihotică indusă de cannabis, cu idei delirante** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației

292.12 **Tulburarea psihotică indusă de cannabis, cu halucinații** (vezi pag. 338)
*De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației

292.89 **Tulburarea anxioasă indusă de cannabis** (vezi pag. 479). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației

292.9 **Tulburare în legătură cu cannabisul fără altă specificație** (vezi pag. 241)

# *Tulburările Uzului de Cannabis*

## 304.30 Dependența de Cannabis

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192). Indivizii cu dependență de cannabis au un uz compulsiv și probleme asociate. A fost descrisă toleranța la cele mai multe dintre efectele cannabisului, la indivizii care uzează de cannabis în mod cronic. Au existat, de asemenea, câteva comunicări de abstinență, dar semnificația lor clinică este incertă. Există unele probe referitoare la faptul că majoritatea uzeurilor cronici de cannabinoizi relatează istorice de toleranță sau de abstinență și că acești indivizi prezintă în general probleme mai severe în legătură cu drogul. Indivizii cu dependență de cannabis pot uza de un cannabis foarte puternic în tot cursul zilei, o perioadă de luni sau ani, și pot pierde câteva ore pe zi pentru a obține substanța și a uza de ea. Acestea interferează adesea cu activitățile de familie, școlare, de serviciu sau recreaționale. Indivizii cu dependență de cannabis pot, de asemenea, persista în uzul lor, în disprețul cunoașterii problemelor somatice (de ex., tuse cronică în legătură cu fumatul) sau a problemelor psihologice (de ex., sedare excesivă, rezultând din uzul repetat de doze mari).

### Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați unui diagnostic de dependență de cannabis (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Cu dependență fiziologică**
**Fără dependență fiziologică**

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisiune parțială prelungită**
**Într-un mediu controlat**

## 305.20 Abuzul de Cannabis

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abuzul de o substanță (vezi pag. 198). Uzul și intoxicația periodică cu cannabis pot interfera cu performanța în muncă sau școlară și pot fi periculoase corporal în situații, cum ar fi conducerea unui automobil. Pot apare probleme legale ca o consecință a arestărilor pentru deținerea de cannabis. Pot exista certuri cu soția (soțul) sau cu părinții referitoare la deținerea de cannabis în casă sau la uzul său în prezența copiilor. Când când problemele psihologice sau somatice sunt asociate cu cannabisul, în contextul

uzului compulsiv, trebuie luat în considerație mai curând diagnosticul de dependență de cannabis decât cel de abuz de cannabis.

## *Tulburările induse de Cannabis*

## 292.89 Intoxicația cu Cannabis

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației cu cannabis îl constituie prezența unor modificări comportamentale sau psihologice dezadaptative semnificative clinic care apar în cursul sau scurt timp după uzul de cannabis (criteriile A și B). Intoxicația începe de regulă cu o senzație de „exaltare" urmată de simptome care includ euforia, cu râs inadecvat și grandoare, sedarea, letargia, deteriorarea memoriei de scurtă durată, dificultate în efectuarea proceselor mentale complexe, deteriorarea judecății, distorsionarea percepțiilor senzoriale, deteriorarea execuției motorii și senzația că timpul trece încet. Ocazional, survin anxietatea (care poate fi severă), disforia sau retragerea socială. Aceste efecte psihoactive sunt acompaniate de două sau mai multe dintre următoarele semne care apar în decurs de 2 ore de la uzul de cannabis: injectare conjunctivală, apetit crescut, gură uscată și tahicardie (criteriul C). Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul D).

Intoxicația survine în decurs de câteva minute dacă cannabisul este fumat, dar apariția sa poate lua câteva ore, dacă substanța este ingerată. Efectele durează de regulă 3–4 ore, durata fiind ceva mai lungă atunci când substanța este ingerată. Magnitudinea modificărilor comportamentale și fiziologice depinde de doză, modul de administrare și caracteristicile individuale ale persoanei care uzează de substanță, cum ar fi ritmul de absorbție, toleranța și sensibilitatea la efectele substanței. Deoarece cei mai mulți cannabinoizi, inclusiv delta–9–THC, sunt solubili în grăsimi, efectele cannabisului sau hașișului pot persista ocazional sau reapare pentru 12–24 de ore, din cauza eliberării lente a substanțelor psihoactive din țesutul adipos sau circulația enterohepatică.

### Specificant

Următorul specificant poate fi aplicat unui diagnostic de intoxicație cu cannabis:

**Cu perturbări de percepție.** Acest specificant poate fi menționat când halucinații cu testarea realității intactă ori iluzii auditive, vizuale sau tactile survin în absența unui delirium. *Testarea realității intactă* înseamă că persoana știe că halucinațiile sunt induse de substanță și nu reprezintă realitatea externă. Când halucinațiile survin în absența unei testări a realității intacte trebuie să fie luat în considerație diagnosticul de tulburare psihotică indusă de o substanță, cu halucinații.

### Criteriile de diagnostic pentru 292.89. Intoxicația cu Cannabis

A. Uz recent de cannabis.

B. Modificări comportamentale sau psihologice dezadaptative semnificative clinic (de ex., deteriorarea coordonării motorii, euforie, anxietate, senzație de încetinire a timpului, deteriorarea judecății, retragere socială) care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de canabis.

C. Două (sau mai multe) dintre următoarele semne care apar în decurs de 2 ore de la uzul de cannabis:

(1) injectare conjunctivală;
(2) apetit crescut;
(3) gură uscată;
(4) tahicardie.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

*De specificat dacă:*

**Cu perurbări de percepție**

## Alte Tulburări induse de Cannabis

Următoarele tulburări induse de cannabis sunt descrise în alte secțiuni ale manualului împreună cu tulburările cu care acestea au comună fenomenologia: delirumul prin intoxicație cu cannabis (pag. 143), **tulburarea psihotică indusă de cannabis** (pag. 338) și **tulburarea anxioasă indusă de cannabis** (pag. 479). Aceste tulburări sunt diagnosticate în locul intoxicației cu cannabis, numai când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## *Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Cannabisul*

### Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Cannabisul este utilizat adesea împreună cu alte substanțe, în special cu nicotina, alcoolul și cocaina. Cannabisul (în special, marihuana) poate fi amestecat și fumat împreună cu opiacee, phencyclidină [PCP] sau alte droguri halucinogene. Indivizii care uzează în mod regulat de cannabis prezintă adesea atât inerție fizică și mentală, cât și anhedonie. Forme ușoare de depresie, anxietate sau iritabilitate sunt văzute adesea la o treime dintre cei care uzează în mod regulat de cannabis (zilnic sau aproape zilnic). Când sunt luați în doze mari, cannabinoizii au efecte psihoactive care pot fi similare celor ale halucinogenelor (de ex., dietilamida acidului lisergic [LSD]), iar indivizii care uzează de cannabinoizi pot experienta efecte mentale adverse care

amintesc de „bad trips". Acestea merg de la nivele de anxietate ușoare spre moderate (de ex., teamă că poliția va descoperi uzul de substanță) până la reacții severe amintind atacurile de panică. Poate exista, de asemenea, ideație paranoidă mergând de la suspiciozitate la idei delirante și halucinații clare. Au fost descrise, de asemenea, episoade de depersonalizare și derealizare. S-a constatat că accidentele de trafic fatale survin mai frecvent la indivizii pozitivi pentru cannabinoizi decât în populația generală. Semnificația acestor date este însă neclară, deoarece alcoolul și alte substanțe sunt adesea prezente.

**Date de laborator asociate.** Testele urinare identifică în general metaboliții cannabinoizilor. Deoarece aceste substanțe sunt solubile în lipide, ele persistă în fluidele organismului perioade lungi de timp și sunt excretate lent, iar testele urinare de rutină pentru cannabinoizi la indivizii care uzează de cannabis pot fi pozitive ocazional timp de 7–10 zile; urina indivizilor cu uz excesiv de cannabis poate testa pozitiv timp de 2–4 săptămâni. Un test urinar pozitiv este concordant numai cu uzul trecut și nu stabilește faptul dacă este vorba de intoxicație, dependență sau abuz. Alterările biologice includ suprimarea temporară (probabil în legătură cu doza) a funcției imunologice și a secreției de testosteron și de hormon luteinizant (LH), însă semnificația clinică a acestor alterări este neclară. Uzul acut de cannabinoizi cauzează, de asemenea, o încetinire difuză a activității de fond pe EEG și suprimarea mișcărilor oculare rapide (REM).

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Fumul de cannabis este extrem de iritant pentru nazofaringe și căile bronșice și deci, crește riscul tusei cronice și pe cel al semnelor și simptomelor de patologie nazofaringiană. Uzul cronic de cannabis este asociat uneori cu luatul în greutate, care rezultă probabil din mâncatul excesiv și din reducerea activității fizice. Sinuzita, faringita, bronșita cu tuse persistentă, emfizemul și displazia pulmonară pot surveni în uzul cronic excesiv. Fumul de marihuana conține chiar cantități mai mari de cancerigene cunoscute decât tabacul.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Canabisul este probabil substanța ilicită cea mai frecvent utilizată în lume. El este luat din cele mai vechi timpuri pentru efectele sale psihoactive și ca remediu pentru o serie întreagă de condiții medicale. Cannabisul se află printre primele droguri de experimentare (adesea în adolescență) de către toate grupurile culturale din Statele Unite. Ca și în cazul celorlalte droguri ilicite, tulburările uzului de cannabis apar mai fercvent la bărbați, iar prevalența este mai ridicată la persoanele în etate de 18 până la 30 de ani.

## Prevalență

Canabinoizii, în special cannabisul, sunt, de asemenea, cele mai larg utilizate substanțe psihoactive ilicite din Statele Unite. Deși cifrele prevalenței pe viață au scăzut lent în anii '80, creșteri modeste au fost raportate între 1991 și 1997, în special printre tineri. O anchetă națională din 1996 referitoare la uzul de drog a stabilit că 32% din populația SUA a relatat că a făcut cândva uz de un cannabinoid. Aproape 1 din 11 indivizi a făcut uz de un cannabinoid anul trecut, iar în jur de 5% au făcut uz luna trecută. Perioada de etate cu cea mai mare prevalență pe viață a fost cea

dintre 26 și 34 ani (50%), dar uzul în ultimul an (24%) și în ultima lună (13%) a fost mai frecvent la cei în etate de 18 până la 25 ani. Dintre cei care au făcut uz de drog anul trecut, 5% au luat un cannabinoid de cel puțin 12 ori, iar 3%, odată la peste 50 zile. Referitor la uzul de cannabis la adolescenți și la adulții tineri, o anchetă din 1995 a constatat că 42% dintre elevii claselor superioare de liceu au făcut cândva uz de un cannabinoid, incluzând și pe cei 35% care au făcut uz de un cannabinoid anul trecut. Pentru că anchetele au evaluat mai curând patternuri de uz decât diagnostice, nu se știe câți dintre cei care au uzat de marihuana au avut simptome care satisfac criteriile pentru dependență sau abuz.

O anchetă națională efectuată în Statele Unite în 1992 a raportat rate pe viață de abuz sau dependență de cannabis de aproape 5%, inclusiv de 1,2% în anul anterior.

## Evoluție

Dependența și abuzul de cannabis apar de regulă după o lungă perioadă de timp, deși progresiunea poate fi mai rapidă la oamenii tineri cu probleme de conduită pervasivă.. Cei mai mulți oameni care devin dependenți stabilesc de regulă un pattern de uz cronic care crește progresiv, atât în frecvență, cât și în cantitate. În uzul cronic excesiv, există uneori o diminuare sau pierdere a efectelor plăcute ale substanței. Deși poate exista, de asemenea, o creștere corespunzătoare a efectelor disforice, acestea nu sunt observate tot atât de frecvent ca în uzul cronic al altor substanțe, cum ar fi alcoolul, cocaina sau amfetaminele. Un istoric de tulburare de conduită în copilărie sau în adolescență și tulburarea de personalitate antisocială sunt factori de risc pentru apariția multor tulburări în legătură cu o substanță, inclusiv a tulburărilor în legătură cu cannabisul. Există puține date disponibile despre evoluția pe termen lung a dependenței sau abuzului de cannabis. Ca și în cazul alcoolului, cafeinei și nicotinei, uzul de cannabiniod apare precoce în cursul uzului de o substanță la mulți oameni care mai târziu vor ajunge să prezinte dependența de alte substanțe - această observație ducând la ipoteza că acesta (cannabisul) poate fi un „drog de deschidere". Bazele neurochimice, psihologice și sociale ale acestei posibile progresiuni nu sunt bine cunoscute și nu este clar dacă în realitate marihuana determină indivizii să treacă la uzul altor tipuri de substanțe.

## Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de cannabis pot fi caracterizate prin simptome (de ex., anxietatea) care amintesc **tulburările mentale primare** (de ex., anxietatea generalizată versus tulburarea anxioasă indusă de cannabis, cu anxietate generalizată, cu debut în cursul intoxicației). Vezi pag. 209 pentru discutarea acestui diagnostic diferențial. Administrarea cronică de cannabis poate produce simptome care amintesc **tulburarea distimică.** Reacțiile adverse acute la cannabis trebuie să fie diferențiate de simptomele **panicii, tulburării depresive majore, tulburării delirante, tulburării bipolare** sau **schizofreniei, tipul paranoid.** Examenul somatic va evidenția de regulă o creștere a pulsului și injectarea conjunctivelor. Testarea toxicologică a urinii poate fi utilă în efectuarea diagnosticului.

În contrast cu intoxicația cu cannabis, **intoxicația alcolică** și **intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice** scad frecvent apetitul, cresc comportamentul agresiv și produc nistagmus sau ataxie. **Halucinogenele** în doze mici pot cauza un

tablou clinic asemănător cu intoxicația cannabică. **Phencyclidina (PCP)**, ca și cannabisul, poate fi fumată și are, de asemenea, efecte halucinogene, dar **intoxicația cu phencyclidină** cauzează mult mai probabil ataxie și comportament agresiv. Intoxicația cu cannabis se distinge de **alte tulburări induse de cannabis** (de ex., tulburarea anxioasă indusă de cannabis, cu debut în cursul intoxicației), deoarece simptomele din aceste ultime tulburări sunt în exces în raport cu cele asociate de regulă cu intoxicația cu cannabis și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

Distincția între **uzul ocazional de cannabis** și dependența sau abuzul de cannabis este dificil de făcut, deoarece problemele sociale, comportamentale sau psihologice pot fi dificil de atribuit cannabisului, în special în contextul uzului altor substanțe. Negarea uzului excesiv este frecventă, iar oamenii par a solicita tratament pentru dependența sau abuzul de cannabis mai puțin frecvent decât pentru alte tipuri de tulburări în legătură cu o substanță.

## 292.9 Tulburare în legătură cu Cannabisul Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu cannabisul fără altă specificație este rezervată tulburărilor asociate cu uzul de cannabis, care nu sunt clasificabile ca dependență de cannabis, abuz de cannabis, delirium prin intoxicație cu cannabis, tulburare psihotică indusă de cannabis sau tulburare anxioasă indusă de cannabis.

# Tulburările în legătură cu Cocaina

Cocaina, o substanță naturală produsă de planta coca, este consumată sub forma a diverse preparate (de ex., frunze de coca, pastă de coca, clorhidrat de cocaină și cocaină alcaloid, cum ar fi baza liberă și crackul) care diferă între ele ca putere, datorită nivelelor diferite de puritate și rapiditate a debutului. În toate aceste forme însă, cocaina este ingredientul activ. Mestecatul frunzelor de coca este o practică limitată în general la populațiile native din America Centrală și de Sud, unde este cultivată planta. Uzul de pastă de coca, un extract brut din planta coca, este limitat aproape exclusiv la țările producătoare de cocaină din America Centrală și de Sud, unde cognomenul său este „basulca". Solvenții utilizați la prepararea pastei de coca contaminează adesea pasta și pot cauza efecte toxice la nivelul sistemului nervos central și al altor organe când pasta este fumată. Pudra de clorhidrat de cocaină este de regulă „prizată" pe nări („snorting") sau dizolvată în apă și injectată intravenos. Ea este uneori amestecată cu heroină, producând o combinație de droguri cunoscută sub numele de „speedball" .

O formă de cocaină utilizată frecvent în Statele Unite este „crack"ul, un alcaloid de cocaină extras din pulberea sării sale hidroclorice prin amestecarea cu bicarbonat de sodiu și porționarea spre uscare în mici „rocks". Crackul diferă de alte forme de cocaină, în special prin aceea că este ușor de vaporizat și de inhalat și, ca atare, efectele sale au un debut extrem de rapid. Sindromul clinic și efectele adverse asociate cu uzul de crack sunt identice cu cele produse de doze comparabile de alte preparate de cocaină. Înainte de apariția crackului, cocaina era separată din baza sa hidroclorică prin încălzire împreună cu eter, amoniac sau alt

solvent volatil. Cocaina „free base" era apoi fumată. Acest proces era periculos din cauza riscului ca solvenții să se aprindă și să vateme useurul.

Această secțiune conține comentarii specifice referitoare la tulburările în legătură cu cocaina. Au fost deja prezentate textele și seturile de criterii pentru a defini aspectele generale ale dependenței de o substanță (pag. 192) și abuzului de o substanță (pag. 198) care se aplică tuturor substanțelor. Aplicarea acestor criterii generale la dependența și abuzul de cocaină este prezentată mai jos. Nu există însă, seturi de criterii specifice suplimentare pentru dependența de cocaină sau abuzul de cocaină. Textele și seturile de criterii specifice pentru intoxicația cu cocaină și abstinența de cocaină sunt, de asemenea, prezentate mai jos. Tulburările induse de cocaină (altele decât intoxicația și abstinența de cocaină) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea afectivă indusă de cocaină este inclusă în secțiunea „Tulburările afective"). Mai jos sunt menționate tulburările uzului de cocaină și tulburările induse de cocaină.

## Tulburările uzului de cocaină

304.20 **Dependența de cocaină** (vezi pag. 242)
305. 60 Abuzul de cocaină (vezi pag. 243)

## Tulburările induse de cocaină

292. 89 **Intoxicația cu cocaină** (vezi pag. 244). *De specificat dacă*: Cu perturbări de percepție
292. 0 **Abstinența de cocaină** (vezi pag. 245)
292.81 **Delirumul prin intoxicație cu cocaină** (vezi pag. 143)
292.10 **Tulburarea pshihotică indusă de cocaină, cu idei delirante** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
292.11 **Tulburarea pshihotică indusă de cocaină, cu halucinații** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
292.84 **Tulburarea afectivă indusă de cocaină** (vezi pag. 405). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței
292.89 **Tulburarea anxioasă indusă de cocaină** (vezi pag. 479). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței
292.89 **Disfuncția sexuală indusă de cocaină** (vezi pag. 562). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
292.89 **Tulburarea de somn indusă de cocaină** (vezi pag. 655). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței
292.9 Tulburare în legătură cu cocaina fără altă specificație (vezi pag. 250).

# *Tulburările Uzului de Cocaină*

## 304.20 Dependența de Cocaină

*A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192). Cocaina are efecte euforice extrem de puternice, iar indiviziii expuși la aceasta pot dezvolta dependență după uzul de cocaină pe perioade foarte scurte de timp. Un semn precoce al dependenței de cocaină îl constituie faptul că individul

constată că îi este tot mai dificil să reziste uzului de cocaină, ori de câte ori aceasta este disponibilă. Din cauza semivieții sale scurte de aproape 30-50 minute, există necesitatea unei administrări frecvente pentru a menține o stare de „exaltare". Persoanele cu dependență de cocaină pot cheltui sume extrem de mari de bani pe drog în decursul unei scurte perioade de timp. În consecință, persoana care uzează de substanță poate fi implicată în furturi, prostituție, vinderea de droguri ori poate cere avansuri de salariu pentru a obține fondurile necesare procurării drogului. Indivizii cu dependență de cocaină decid adesea că este necesar să întrerupă uzul pentru câteva zile pentru a se recupera sau pentru a obține fonduri suplimentare. Responsabilități importante, cum ar fi serviciul sau îngrijirea copilului, pot fi flagrant neglijate pentru a obține cocaină sau a uza de aceasta. Complicațiile mentale sau somatice ale uzului cronic de cocaină, cum ar fi ideația paranoidă, comportamentul agresiv, anxietatea, depresia și pierderea în greutate sunt frecvente. Indiferent de calea de administrare, în caz de uz repetat survine toleranța. Pot fi observate simptome de abstinență, în special hipersomnia,, apetitul crescut și dispoziția disforică, și este posibil să crească dorința ardentă de drog și probabilitatea recăderii. Imensa majoritate a indivizilor cu dependență de cocaină au prezentat și semne de dependență fiziologică de cocaină (toleranță sau abstinență) la un moment dat în cursul uzului lor de substanță. Indicația „ cu dependență fiziologică" este asociată cu un debut mai precoce al dependenței și cu mai multe probleme în legătură cu cocaina.

## Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați unui diagnostic de dependență de cocaină (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Cu dependență fiziologică**
**Fără dependență fiziologică**

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisiune parțială prelungită**
**Într-un mediu controlat**

# 305.60 Abuzul de Cocaină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abuzul de o substanță (vezi pag. 198). Intensitatea și frecvența administrării de cocaină sunt mai reduse în abuzul de cocaină, în comparație cu dependența. Episoadele de uz problematic, de neglijare a responsabilităților și de conflicte interpersonale survin adesea în apropierea zilelor de plată sau în ocazii speciale și duc la un pattern de scurte perioade (de câteva ore sau zile) de uz de doze mari, urmat de perioade mult mai lungi (săptămâni sau luni) de uz ocazional, nonproblematic sau de abstinență. Pot rezulta dificultăți legale, din deținerea sau uzul de drog. Când problemele asociate cu uzul sunt acompaniate de proba toleranței, abstinenței sau comportamentului compulsiv în legătură cu obținerea și administrarea cocainei, trebuie luat în considerație mai curând diagnosticul de dependență de cocaină decât cel de abuz de cocaină. Deoarece însă, unele simptome de toleranță, abstinență sau uz compulsiv pot surveni la indivizii cu abuz dar nu cu dependență, este important să se stabilească dacă sunt satisfăcute criteriile complete pentru dependență.

# Tulburările induse de Cocaină

## 292.89 Intoxicația cu Cocaină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației cu cocaină îl constituie prezența modificărilor psihologice sau comportamentale dezadaptative semnificative clinic care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de cocaină (criteriul A și B). Intoxicația cu cocaină începe de regulă cu o senzație de „exaltare" și include unul sau mai multe din următoarele simptome: euforie cu creșterea vigorii, sociabilitate, hiperactivitate, neliniște motorie, hipervigilitate, susceptibilitate interpersonală, locvacitate, anxietate, tensiune, alertă, grandoare, comportament repetitiv și stereotip, stare coleroasă și deteriorarea judecății, iar în cazul intoxicației cronice, aplatizare afectivă cu fatigabilitate sau tristețe și retragere socială. Aceste modificări comportamentale și psihologice sunt acompaniate de două sau mai multe dintre următoarele semne și simptome care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de cocaină: tahicardie sau bradicardie, dilatație pupilară, creșterea sau scăderea presiunii sanguine, transpirație sau frisoane, greață sau vomă, pierdere în greutate, agitație sau lentoare psihomotorie, scăderea forței musculare, deprimare respiratorie, precordialgie sau aritmii cardiace și confuzie, crize epileptice, diskinezii, distonii sau comă (criteriul C). Intoxcația, fie acută sau cronică, este adesea asociată cu deteriorarea funcționării sociale sau profesionale. Intoxicația severă poate duce la convulsii, aritmii cardiace, febră și moarte. Pentru a pune diagnosticul de intoxicație cu cocaină, simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și să nu fie explicate mai bine de altă tuburare mentală (criteriul D).

Magnitudinea și direcția modificărilor fiziologice și comportamentale depind de multe variabile, inclusiv de doza utilizată și de caracteristicile persoanei care uzează de substanță (de ex., toleranța, ritmul de absorbție, cronicitatea uzului, contextul în care este luată substanța). Efectele stimulante, cum ar fi euforia, creșterea pulsului, presiunii sanguine și a activității psihomotorii sunt cel mai frecvent observate. Efectele deprimante, cum ar fi tristețea, bradicardia, scăderea presiunii sanguine și reducerea activității psihomotorii sunt mai puțin frecvente și apar în general numai în uzul cronic de doze mari.

### Specificant

Următorul specificant poate fi aplicat unui diagnostic de intoxicație cu cocaină:

**Cu perturbări de percepție.** Acest specificant poate fi menționat când survin halucinații cu testarea realității intactă ori iluzii auditive, vizuale sau tactile, în absența unui delirium *Testarea realității intactă* înseamnă că persoana știe că halucinațiile sunt induse de substanță și nu reprezintă realitatea externă. Când halucinațiile survin în absența testării realității intacte, trebuie luat în considerație diagnosticul de tulburare psihotică indusă de o substanță, cu halucinații.

### Criteriile de diagnostic pentru 292.89 Intoxicația cu Cocaină

A. Uz recent de cocaină.

B. Modificări comportamentale sau psihologice dezadaptative semnificative clinic (de ex., euforie sau aplatizare afectivă, modificări de sociabilitate, hipervigilitate, susceptibilitate interpersonală, anxietate, tensiune sau stare coleroasă, comportamente stereotipe, deteriorarea judecății sau deteriorare în funcționarea socială sau profesională) care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de cocaină.

C. Două (sau mai multe) din următoarele simptome apărând în cursul sau la scurt timp după uzul de cocaină:

(1) tahicardie sau bradicardie;
(2) dilatație pupilară;
(3) presiune sanguină crescută sau scăzută;
(4) transpirație sau frisoane;
(5) greață sau vomă;
(6) proba pierderii în greutate;
(7) agitație sau lentoare psihomotorie;
(8) scăderea forței musculare, depresie respiratorie, precordialgie sau aritmii cardiace;
(9) confuzie, crize epileptice, diskinezii, distonii sau comă.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

*De specificat dacă:*

**Cu perturbări de percepție**

## 292.0 Abstinența de Cocaină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abstinența de o substanță (vezi pag. 201). Elementul esențial al abstinenței de cocaină îl constituie prezența unui sindrom de abstinență caracteristic care apare în decurs de câteva ore după încetarea (sau reducerea) uzului de cocaină, care a fost excesiv și prelungit (criteriile A și B). Sindromul de abstinență se caracterizează prin apariția unei dispoziții disforice acompaniate de două sau mai multe dintre următoarele modificări fiziologice: fatigabilitate, vise vii și neplăcute, insomnie sau hipersomnie, creșterea apetitului și lentoare sau agitație psihomotorie. Anhedonia și dorința ardentă de drog pot fi adesea prezente, dar nu fac parte din criteriile de diagnostic. Aceste simptome cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul D).

Simptomele de abstinență acută („a crash") (sunt observate adesea, după perioade de uz repetat de doze mari („ture" sau „orgii"). Aceste perioade sunt

caracterizate prin sentimente de lasitudine și depresie, intense și neplăcute, care necesită în general câteva zile de repaus și recuperare. Simptome depresive cu idei sau comportament suicidar pot surveni și sunt în general cele mai serioase probleme observate în cursul unei „crashing"(stări depresive) sau a altor forme de abstinență de cocaină. Un număr considerabil de indivizi cu dependență de cocaină au puține sau chiar nici un fel de simptome de abstinență la încetarea uzului.

### Criteriile de diagnostic pentru 292.0 Abstinența de Cocaină

A. Încetarea (sau reducerea) uzului de cocaină, care a fost excesiv și prelungit.

B. Dispoziție disforică și două (sau mai multe) dintre următoarele modificări fiziologice, apărând în decurs de câteva ore până la câteva zile după criteriul A:

(1) fatigabilitate,
(2) vise vii, neplăcute,
(3) insomnie sau hipersomnie,
(4) apetit crescut,
(5) lentoare sau agitație psihomotorie.

C. Simptomele de la criteriul B cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## Alte Tulburări induse de Cocaină

Următoarele tulburări induse de cocaină sunt descrise în alte secțiuni ale manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia: **delirium prin intoxicație cu cocaină** (pag. 143), **tulburarea psihotică indusă de cocaină** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de cocaină** (pag. 405), **tulburarea anxioasă indusă de cocaină** (pag. 479), **disfuncția sexuală indusă de cocaină** (pag. 562), **tulburarea de somn indusă de cocaină** (pag. 655). Aceste tulburări sunt diagnosticate în locul intoxicației cu cocaină sau al abstinenței de cocaină, numai când simptomele sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență de cocaină și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## *Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Cocaina*

### Elemente și tulburări asociate

* **Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Cocaina este un drog cu acțiune de scurtă durată care produce efecte rapide și puternice asupra sistemului nervos central, în special când este administrată intravenos sau fumată. Când este injectată sau fumată, cocaina produce de regulă o senzație imediată de bine, de încredere și euforie. Modificări comportamentale dramatice pot apare rapid, în

special în asociere cu dependența. Indivizii cu dependență de cocaină sunt cunoscuți a cheltui mii de dolari pe substanță în decursul unor scurte perioade de timp, din care cauză ajung la catastrofe financiare în care economii sau case se pierd. Indivizii se pot angaja în activități infracționale spre a obține banii pentru cocaină. Comportamentul haotic, izolarea socială și disfuncția sexuală sunt observate adesea în contextul unei dependențe de cocaină de lungă durată. Din efectele cocainei poate rezulta un efect agresiv; violența este, de asemenea, asociată cu „comerțul" cu cocaină. Comportamentul sexual promiscuu, fie ca rezultat al dorinței crescute, fie al utilizării sexului în scopul obținerii cocainei (sau pentru bani spre a cumpăra cocaină) a devenit un factor în răspândirea maladiilor transmise sexual, inclusiv a virusului imunodeficienței umane (HIV).

Intoxicația acută cu doze mari de cocaină poate fi asociată cu limbaj divagant, cefalee, idei tranzitorii de referință și tinitus. Pot exista, de asemenea, ideație paranoidă, halucinații auditive pe fondul unei conștiințe clare și halucinații tactile („insectele cocainei"), pe care useurul le recunoaște de regulă, ca efecte ale cocainei. Poate surveni o furie extremă, cu amenințări sau comportament agresiv. Modificările de dispoziție, cum ar fi depresia, ideile de suicid, iritabilitatea, anhedonia, labilitatea emoțională sau perturbările de atenție și concentrare sunt frecvente, în special în cursul abstinenței de cocaină.

Indivizii cu dependență de cocaină prezintă adesea simptome depresive temporare care satisfac criteriile simptomatologice și de durată pentru tulburarea depresivă majoră (vezi tulburarea afectivă indusă de o substanță, pag. 405). Istorice concordante cu atacuri de panică repetate, comportament asemănător fobiei sociale și sindrome asemănătoare anxietății generalizate nu sunt rare (vezi tulburarea anxioasă indusă de o substanță, pag. 479). Tulburările de comportament alimentar pot fi, de asemenea, asociate cu această substanță. Unul din cele mai extreme cazuri de toxicitate a cocainei este tulburarea psihotică indusă de cocaină (vezi pag. 338), o tulburare cu idei delirante și halucinanții care amintesc schizofrenia, tipul paranoid. Perturbările mentale care survin în asociație cu uzul de cocaină, se rezolvă de regulă în decurs de câteva ore până la câteva zile, după încetarea uzului, deși pot persista și timp de o lună.

Indivizii cu dependență de cocaină dezvoltă adesea răspunsuri condiționate la stimuli în legătură cu cocaina (de ex., dorința ardentă de drog, la vederea oricărei substanțe asemănătoare cu pudra albă). Aceste răspunsuri contribuie probabil la recădere, sunt dificil de stins, și de regulă persistă mult timp după ce dezintoxicarea sa terminat. Tulburările uzului de cocaină sunt asociate adesea cu dependența sau abuzul de altă substanță, în special de alcool, marihuana și benzodiazepine, care sunt luate adesea pentru a reduce anxietatea și alte efecte stimulante neplăcute ale cocainei. Dependența de cocaină poate fi asociată cu stresul posttraumatic, tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție și cu jocul de șansă patologic.

**Date de laborator asociate.** Cele mai multe teste de laborator pentru benzoylegonină, un metabolit al cocainei, care persistă în urină 1–3 zile după o singură doză, poate fi prezent timp de 7–12 zile la cei ce uzează în mod repetat de doze mari. Teste funcționale hepatice ușor crescute pot fi văzute la indivizii care-și injectează cocaina sau uzează excesiv de alcool în asociere cu cocaina. Pneumonii sau pneumotorax se observă ocazional la examenul radiologic pulmonar. Încetarea uzului cronic de cocaină se asociază adesea cu modificări EEG, alterări în patternul de secreție a prolactinei și reglarea joasă a receptorilor dopaminei.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Poate surveni o lungă serie de condiții medicale generale, specifice căii de administrare a cocainei. Persoanele care uzează de cocaină intranazal („prizare") prezintă adesea sinuzită, iritație și sângerare a mucoasei nazale și perforarea septului nazal. Cei care fumează cocaină sunt supuși unui risc crescut de probleme respiratorii (de ex., tuse, bronșită și pneumonie datorită iritării și inflamării țesuturilor mucoasei tractului respirator). Persoanele care-și injectează cocaină au semne și „urme" de înțepături, cele mai multe pe antebrațe, așa cum se văd la cei cu dependență de opiacee. Infecția cu HIV este asociată cu dependența de cocaină din cauza frecventelor injecții intravenoase și a comportamentului sexual promiscuu crescut. Alte maladii transmise sexual, hepatita și tuberculoza, precum și alte infecții pulmonare sunt, de asemenea, observate. Dependența de cocaină (indiferent de calea de administrare) se asociază frecvent cu semne de pierdere în greutate și de malnutriție, din cauza efectelor sale de suprimare a apetitului. Pneumotoraxul poate rezulta prin efectuarea unor manevre asemănătoare manevrei Valsalva, făcute spre a absorbi mai bine cocaina inhalată. Infarctul miocardic, palpitațiile și aritmiile, moartea subită prin stop respirator sau cardiac ori ictusul au fost asociate cu uzul de cocaină la persoane tinere, de altfel, sănătoase. Aceste incidente sunt cauzate probabil de capacitatea cocainei de a crește presiunea sanguină, de a cauza vasoconstricție ori de a altera activitatea electrică a inimii. Au fost observate crize epileptice în asociație cu uzul de cocaină. Leziunile traumatice datorate disputelor care duc la un comportament violent sunt frecvente, în special printre persoanele care vând cocaină. Printre femeile gravide, uzul de cocaină este asociat cu tulburări în fluxul sanguin placentar, abruptio placentae, travaliu și naștere prematură și o prevalență crescută a copiilor cu greutate foarte mică la naștere.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Uzul de cocaină și tulburările care-l însoțesc afectează toate rasele, toate grupurile, socioeconomice, de etate și sex din Statele Unite. Tulburările în legătură cu cocaina sunt constatate mai frecvent la persoanele între 18 și 30 de ani. Deși epidemia actuală de cocaină a început în anii 1970 printre indivizii mai avuți, ea a trecut la cuprinderea grupurilor socioeconomice inferioare trăind în marile arii metropolitane. Zonele rurale, care mai înainte au fost cruțate de problemele asociate cu uzul de droguri ilicite, au fost, de asemenea, afectate. Contrar celor mai multe tulburări în legătură cu o substanță în care bărbații sunt mai afectați decât femeile, tulburările uzului de cocaină sunt aproape egal distribuite printre bărbați și femei.

## Prevalență

Ca și în cazul celor mai multe dintre celelate droguri, prevalența uzului de cocaină în Statele Unite a fluctuat mult de-a lungul anilor. După un pic în anii '70, proporția populației care a făcut uz de cocaină în oricare dintre formele ei, a scăzut progresiv până la începutul anilor '90, după care diminuarea a continuat, dar într-un ritm mai lent. O anchetă națională din 1996 referitoare la uzul de drog relatează că 10% din populație a făcut cândva uz de cocaină, că 2% a raportat uz în ultimul an, iar 0.8%, în ultima lună. Uzul de crack este cel mai redus, 2% din populație relatând că a făcut uz de el cândva în cursul vieții, 0,6% că a făcut uz anul trecut, iar 0,3%, că a făcut uz luna trecută. Indivizii în etate de 24-36 ani au relatat cele mai mari procente de uz în cursul vieții (21% pentru cocaină și 4% pentru crack). Pe de

altă parte însă grupul de etate cu cel mai ridicat procent în cursul anului trecut (5% pentru cocaină și 1% pentru crack) a fost cel al indivizilor în etate de 18-25 ani. Trebuie menționat însă că întrucât aceste anchete au evaluat mai curând patternuri de uz decât tulburări, nu se știe câți dintre cei anchetați care au făcut uz de cocaină au avut simptome care satisfac criteriile pentru dependență sau abuz.

Procentul de dependență sau abuz de cocaină pe viață a fost raportat a fi de aproape 2% într-o anchetă comunitară din 1992 efectuată în Statele Unite, cu o prevalență de aproximativ 2% pe cele 12 luni anterioare.

## Evoluție

Ca și în cazul amfetaminelor, dependența de cocaină este asociată cu o varietate de patternuri de autoadministrare, incluzând uzul episodic sau zilnic (ori aproape zilnic). În patternul episodic, uzul de cocaină tinde a fi separat prin două sau mai multe zile de nonuz (de ex., uz intens în cursul weekendului ori întruna sau mai multe zile în cursul săptămânii. „Orgiile" sunt o formă de uz episodic care implică un uz continuu de doze mari în decurs de ore sau zile și sunt asociate adesea cu dependența. Orgiile se termină de regulă, numai când proviziile de cocaină sau epuizat. Uzul cronic zilnic poate comporta doze mari sau mici și poate avea loc în tot cursul zilei ori este restrâns la câteva ore doar. În uzul cronic zilnic, nu există în general mari fluctuații în doză, zile la rând, dar adesea există o creștere a dozei cu timpul.

Fumatul și administrarea intravenoasă a cocainei tind a fi asociate cu progresiunea rapidă de la uz la abuz sau dependență, aceasta survenind adesea în decurs de câteva săptămâni sau luni. Uzul intranazal este asociat cu o progresiune mai lentă, durând de regulă luni sau ani. Dependența este asociată frecvent cu o toleranță progresivă la efectele dezirabile ale cocainei, ceea ce duce la creșterea dozelor. Prin continuarea uzului apare o diminuare a efectelor plăcute datorată toleranței și o creștere a efectelor disforice. Sunt disponibile puține date despre evoluția pe termen lung a tulburărilor uzului de cocaină.

## Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de cocaină pot fi caracterizate prin simptome (de ex., dispoziție depresivă) care amintesc **tulburările mentale primare** (de ex., tulburarea depresivă majoră versus tulburarea afectivă indusă de cocaină, cu elemente depresive, cu debut în cursul abstinenței). Vezi pag. 209 pentru discutarea acestui diagnostic diferențial. Perturbările mentale semnificative, care pot rezulta din efectele cocainei, trebuie să fie distinse de simptomele **schizofreniei, tipul paranoid, de cele ale tulburării bipolare și ale altor tulburări afective, anxietății generalizate și panicii.**

Intoxicația cu amfetamină și **intoxicația cu phencyclidină** pot cauza un tablou clinic similar și adesea pot fi distinse de intoxicația cu cocaină numai prin prezența metaboliților cocainei întrun eșantion de urină ori a cocainei în plasmă. Intoxicația cu cocaină și abstinența de cocaină se disting de alte **tulburări induse de cocaină** (de ex., tulburarea anxioasă indusă de cocaină, cu debut în cursul intoxicației), deoarece în acestea din urmă simptomele sunt în execes față de cele asociate de regulă cu intoxicația cu cocaină ori cu abstinența de cocaină și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## 292.9 Tulburare în legătură cu Cocaina Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu cocaina fără altă specificație este rezervată tulburărilor asociate cu uzul de cocaină care nu sunt clasificabile ca dependență de cocaină, abuz de cocaină, intoxicație cu cocaină, abstinență de cocaină, delirium prin intoxicație cu cocaină, tulburare psihotică indusă de cocaină, tulburare anxioasă indusă de cocaină, disfuncție sexuală indusă de cocaină sau tulburare de somn indusă de cocaină.

# Tulburările în legătură cu Halucinogenele

Acest grup divers de substanțe include ergotul și compușii înruditi (dietilamida acidului lisergic [LSD], semințele de zorele), fenilalkilamidele (mescalina, „STP [2,5,dimetoxi–4–metil amfetamina] și MDA [3,4–metilendioximetamfetamina, numită, de asemenea, și „Ecstasy"]), alcaloizi indolici (psilocibina, DMT [dimetiltriptamina]) și diverși alți compuși. Din acest grup sunt excluse phencyclidina (PCP) (pag. 278) și cannabisul, și compusul său activ, delta–9–tetrahidrocannabinolul (THC) (pag.234 ). Deși aceste substanțe pot avea efecte halucinogenice, ele sunt discutate separat din cauza diferențelor semnificative în alte efecte psihologice și comportamentale. Halucinogenele sunt luate de regulă pe cale orală, deși DMT poate fi fumat, iar uzul prin injectare poate surveni.

Această secțiune conține discuții explicite despre tulburările în legătură cu halucinogenele. Au fost prezentate deja textele și seturile de criterii pentru definirea aspectelor generale ale dependenței de o substanță (pag. 192) și abuzului de o substanță (pag. 198) care se aplică tuturor substanțelor. Aplicarea acestor criterii generale la dependența și abuzul de halucinogene sunt prezentate mai jos. Nu există însă, seturi de criterii specifice pentru dependența de halucinogene sau abuzul de halucinogene. Un text și un set de criterii specifice pentru intoxicația cu halucinogene sunt, de asemenea, prezentate mai jos. Toleranța se dezvoltă după uz repetat, însă abstinența de aceste substanțe nu este bine documentată. Pentru acest motiv, diagnosticul de abstinență la halucinogene nu este inclus în acest manual. Tulburările induse de halucinogene (altele decât intoxicația cu halucinogene) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea afectivă indusă de halucinogene este inclusă în secțiunea „Tulburările Afective"). Mai jos sunt menționate tulburările uzului de halucinogene și tulburările induse de halucinogene.

### Tulburările uzului de halucinogene

304.50 **Dependența de halucinogene** (vezi pag. 251)
305.30 **Abuzul de halucinogene** (vezi pag. 252)

### Tulburările induse de halucinogene

292.89 **Intoxicația cu halucinogene** (vezi pag. 252)
292.89 **Tulburarea de percepție persistentă halucinogenă (Flashbacks)** (vezi pag. 253)

292.81 **Deliriumul prin intoxicație cu halucinogene** (vezi pag. 143)
292.12 **Tulburările pshihotice induse de halucinogene, cu idei delirante** (vezi pag. 338). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației
292.12 **Tulburarea pshihotică indusă de halucinogene, cu halucinații** (vezi pag. 338). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației
292.84 **Tulburarea afectivă indusă de halucinogene** (vezi pag. 405).*De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației
292.89 **Tulburarea anxioasă indusă de halucinogene** (vezi pag. 479).*De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației
292.9 **Tulburare în legătură cu halucinogenele fără altă specificație** (vezi pag. 257)

## *Tulburările Uzului de Halucinogene*

## 304.50 Dependența de Halucinogene

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192). Unul dintre criteriile generale ale dependenței (de ex., abstinența) nu se aplică la halucinogene, iar altele necesită clarificări suplimentare. A fost descris faptul că toleranța se dezvoltă foarte rapid la efectele euforice și psihedelice ale halucinogenelor, dar nu și la efectele vegetative, cum ar fi dilatația pupilară, hiperreflexia, creșterea presiunii sanguine, creșterea temperaturii corpului, piloerecția și tahicardia. Există toleranță încrucișată între LSD și alte halucinogene (de ex., psilocibina și mescalina), dar aceasta nu se extinde la multe alte categorii de droguri cum ar fi PCP și cannabisul. Uzul de halucinogene, chiar printre indivizii cu tablouri clinice care satisfac integral criteriile pentru dependență, este adesea limitat la numai câteva ori pe săptămână. Cu toate că abstinența a fost observată la animale, (la om) relatări clare de „dorință ardentă" de drog după stoparea halucinogenelor nu se cunosc. Datorită semivieții lungi și duratei de acțiune extinse a celor mai multe halucinogene, indivizii cu dependență de halucinogene rezervă adesea ore și zile uzului de substanță și recuperării din efectele lor. Din contra, unele halucinogene „droguri sintetice" (de ex., DMT) au o durată de acține foarte scurtă. Halucinogenele pot continua să fie utilizate în disprețul cunoașterii efectelor adverse (de ex., deteriorarea memoriei în timp ce este intoxicat, „bad trips", care sunt de regulă reacții de panică sau flashbacks-uri). Unii indivizi, care uzează de MDMA (un drog similar amfetaminei cu efecte haluginogenice) descriu o stare de „mahmureală" a doua zi după uz, caracterizată prin insomnie, fatigabilitate, amețeală, durere în mușchii mandibulei la strângerea din dinți, pierderea echilibrului și cefalee. Deoarece contrafacerile sau substituienții sunt vânduți adesea ca halucinogene „acide" sau ca alt tip de halucinogene, unele din efectele adverse descrise pot fi datorate unor asemenea substanțe ca stricnina, phencyclidina sau amfetamina. Unii indivizi pot prezenta reacții comportamentale periculoase (de ex., săritul pe fereastră, fiind convinși că pot „zbura") din cauza lipsei conștiinței maladiei și judecății în timp ce sunt intoxicați. Aceste efecte adverse par a fi mai frecvente printre cei care au tulburări mentale preexistente.

### Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați unui diagnostic de dependență de halucinogene (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisiune parțială prelungită**
**Într-un mediu controlat**

## 305.30 Abuzul de Halucinogene

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abuzul de o substanță (vezi pag. 198). Persoanele care abuzează de halucinogene uzează de acestea mult mai rar decât o fac cei cu dependență. Cu toate acestea, ei pot eșua în mod repetat în îndeplinirea obligațiilor rolului major la școală, la serviciu sau acasă din cauza deteriorării comportamentale provocate de intoxicația cu halucinogene. Individul poate uza de halucinogene în situația în care acest lucru este periculos (de ex., în timp ce conduce o motocicletă sau un automobil), și pot apare dificultăți legale din cauza comportamentelor care rezultă din intoxicație sau posedarea de halucinogene. Pot exista probleme sociale sau interpersonale datorate comportamentului individului în timp ce este intoxicat, stilului de viață izolat sau certurilor cu alte persoane importante.

# *Tulburările induse de Halucinogene*

## 292.89 Intoxicația cu Halucinogene

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației cu halucinogene îl constituie prezența unor modificări psihologice și comportamentale dezadaptative semnificative clinic (de ex., anxietate sau depresie marcată, idei de referință, frica de a nu-și pierde mințile, ideație paranoidă, deteriorarea judecății sau deteriorarea funcționării sociale ori profesionale) care apar în cursul uzului de halucinogene sau la scurt timp după aceea (în decurs de câteva minute până la câteva ore) (criteriile A și B). Modificările de percepție apar în cursul sau la scurt timp după uzul de halucinogene și survin în stare de vigilitate completă și de alertă (criteriul C). Aceste modificări includ intensificarea subiectivă a percepțiilor, depersonalizarea, derealizarea, iluziile, halucinațiile și sinesteziile. În afară de aceasta, diagnosticul cere ca două dintre următoarele semne fiziologice să fie, de asemenea, prezente: dilatație pupilară, tahicardie, transpirații, palpitații, obnubilarea vederii, tremurături și incoordonare (criteriul D). Simptomele nu trebuie să fie datorate unei condiții medicale generale și să nu fie explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul E).

Intoxicația cu halucinogene începe de regulă cu unele efecte stimulante, cum ar fi neliniștea și activarea vegetativă. Poate apare și greață. Urmează apoi un șir de experiențe, dozele mai mari producând simptome mai intense. Sentimente de euforie pot alterna rapid cu depresie sau anxietate. Iluziile vizuale inițiale sau experiențele senzoriale intensificate pot deschide calea halucinațiilor. La doze mici,

frecvent, modificările de percepție nu includ halucinații. Pot apare sinestezii (o combinație a simțurilor), de exemplu, „vederea sunetelor". Halucinațiile sunt de regulă vizuale și constau adesea din forme sau figuri geometrice, iar uneori din persoane și obiecte. Mai rar, sunt experienate halucinații auditive și tactile. În cele mai multe cazuri, testarea realității este prezervată (adică, individul știe că efectele sunt induse de substanță).

### Criteriile de diagnostic pentru 292.89 Intoxicația cu Halucinogene

A. Uz recent de un halucinogen.

B. Modificări pshihologice sau comportamentale dezadaptative semnificative clinic (de ex., anxietate sau depresie marcată, idei de referință, frica de a nu-și pierde mințile, ideație paranoidă, deteriorarea judecății sau deteriorarea funcționarii sociale sau profesionale), care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de halucinogen.

C. Modificările perceptive survin în stare de vigilitate și de alertă deplină (de ex., intensificarea subiectivă a percepțiilor, depersonalizare, derealizare, iluzii, halucinații, sinestezii) și apar în cursul sau la scurt timp după uzul de halucinogen.

D. Două (sau mai multe) dintre următoarele semne care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de halucinogen:

(1) dilatație pupilară;
(2) tahicardie;
(3) transpirație;
(4) palpitații;
(5) obnubilarea vederii;
(6) tremurături;
(7) incoordonare.

E. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale

## 292.89 Tulburarea de Percepție Persistent Halucinogenă (Flashbacks)

Elementul esențial al tulburării de percepție persistente halucinogene (flashbacks) îl constituie recurența tranzitorie de perturbări de percepție, care sunt reminiscențe ale celor experientate în cursul uneia sau al mai multor intoxicații anterioare cu un halucinogen. Persoana trebuie să nu fi avut nici o intoxicație recentă cu halucinogene și trebuie să nu prezinte actualmente nici un fel de efecte toxice ale drogului (criteriul A). Această reexperientare a simptomelor perceptuale cauzează o detresă sau o deteriorare în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul B). Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale (de ex., leziuni anatomice și infecții ale creierului ori epilepsii vizuale) și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., delirum, demență sau schizofrenie) ori de halucinații hipnopompice (criteriul C). Perturbările de percepție pot include forme geometrice, imagini de câmp periferic,

flash-uri de culoare, culori intensificate, imagini trenante (imagini rămase suspendate în calea unui obiect care se mișcă, așa cum se vede într-o fotografie stroboscopică), percepții de obiecte întregi, postimagini („umbre" ale unui obiect, colorate identic sau complementar, care rămân după îndepărtarea obiectului), halouri în jurul obiectelor, macropsie și micropsie. Percepțiile anormale care sunt asociate cu perturbarea de percepție persistentă halucinogenă apar episodic și pot fi autoinduse (de ex., prin gânditul la ele) sau declanșate de intrarea într-un mediu întunecos, de diverse droguri, de anxietate sau fatigabilitate ori de alți stresori. Episoadele pot dispare după câteva luni, însă multe persoane relatează episoade persistente timp de 5 ani sau chiar mai mult. Testarea realității rămâne intactă (adică, persoana recunoaște că percepția este efectul drogului și nu reprezintă realitatea externă). Din contră, dacă persoana prezintă o interpretare delirantă referitoare la etiologia perturbării de percepție, diagnosticul adecvat va fi cel de tulburare psihotică fără altă specificație.

### Criteriile de diagnostic pentru 292.89 Tulburare de Percepție Persistentă Halucinogenă (Flashbacks)

A. Reexperientarea, urmând încetării uzului unui halucinogen, a unuia sau a mai multor simptome perceptuale care au fost experientate în timp ce era intoxicat cu halucinogenul (de ex., halucinații geometrice, false percepții de mișcare în câmpul vizual periferic, flashuri de culoare, culori intensificate, trenuri de imagini de obiecte în mișcare, postimagini pozitive, halouri în jurul obiectelor, macropsie și micropsie).

B. Simptomele de la criteriul A cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

C. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale (de ex., leziuni anatomice și infecții ale creierului, epilepsii vizuale) și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., delirium, demență, schizofrenie) sau de halucinațiile hipnopompice.

## Alte Tulburări induse de Halucinogene

Următoarele tulburări induse de halucinogene sunt descrise în alte secțiuni ale manualului, împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia: **deliriumul prin intoxicație cu halucinogene** (pag. 143), **tulburarea psihotică indusă de halucinogene** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de halucinogene** (pag. 405) și **tulburarea anxioasă indusă de halucinogene** ( pag. 479). Aceste tulburări sunt diagnosticate în locul intoxicației cu halucinogene, numai când simptomele sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație cu halucinogene și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

# Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Halucinogenele

## Elemente și tulburări asociate

Când sunt intoxicați cu un halucinogen, indivizii pot fi volubili și locvace și prezintă modificări rapide de dispoziție. Frica și anxietatea pot deveni intense, cu teama de nebunie sau de moarte. Multe substanțe halucinogene au efecte stimulante (de ex., tahicardie, hipertensiune ușoară, hipertermie și dilatație pupilară) și pot cauza unele dintre elementele intoxicației cu amfetamină. Perturbările de percepție și deteriorarea judecății asociate cu intoxicația cu halucinogene, pot duce la vătămări sau moarte prin accidente de automobil, încăierări sau încercări de a „zbura" din locuri înalte. Factorii ambientali, personalitatea și expectațiile individului care uzează de halucinogene pot contribui la natura și severitatea intoxicației cu halucinogene. Intoxicația poate fi asociată, de asemenea, cu modificări fiziologice incluzând creșterea concentrației sanguine a glucozei, cortizolului, ACTH și prolactinei. Tulburarea de percepție persistentă halucinogenă poate produce anxietate și preocupare considerabilă și poate fi mai frecventă la persoanele mai sugestionabile. Rămâne controversat faptul dacă uzul cronic de halucinogene produce o tulburare psihotică de novo, declanșează simptome psihotice numai la persoanele vulnerabile sau este doar un semn precoce al unui proces psihotic evolutiv. Abuzul și dependența de halucinogene survin, de asemenea, frecvent la persoanele cu tulburare de conduită preexistentă din adolescență ori la persoanele cu tulburare de personalitate antisocială în perioada adultă. Intoxicația cu LSD poate fi confirmată prin examenul toxicologic al urinii.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Halucinogenele pot fi utilizate ca parte a unor practici religioase stabilite, cum ar fi peyotlul în Biserica Americană a Nativității. În Statele Unite există diferențe regionale în uzul lor în decursul timpului. Intoxicația cu halucinogene survine de regulă pentru prima dată în adolescență, iar useurii mai tineri pot tinde să experienteze emoții mai perturbante. Uzul și intoxicația cu halucinogene par a fi de trei ori mai frecvente printre bărbați decât printre femei.

## Prevalență

Halucinogenele au devenit o modă în Statele Unite prin anii '60. Timp de ani, o varietate a acestor agenți a fost foarte populară, dar în anii '90 cele mai frecvent utilizate două droguri din această clasă au fost LSD și MDMA. Se estimează că picul prevalenței consumului de halucinogene în Statele Unite a fost între 1966 și 1970, cu un declin consecutiv, dar există probe ale unei modeste creșteri începînd aproximativ din anii 1990.

Conform unei anchete naționale din 1996 referitoare la uzul de droguri, 10% dintre indivizii în etate de 12 ani și peste au recunoscut că au făcut cândva uz de un halucinogen. Etatea grupului la care s-a raportat cel mai mare procent al celor care au făcut cândva uz de unul dintre aceste droguri a fost de 18-25 ani (16%), cu 7% făcând uz de drog în ultimul an și cu 2% făcând uz de drog în luna trecută. Din datele unei anchete naționale efectuate în 1997 printre elevii de liceu din clasele superioare rezultă că 15% au recunoscut că au luat cândva un halucinogen, iar 10%

că au luat un halucinogen anul trecut. Trebuie reținut că deoarece aceste anchete au evaluat mai curând patternurile de uz decât tulburările, nu se știe cât de mulți dintre cei care au participat la anchetă și care au făcut uz de halucinogene au prezentat simptome care satisfac criteriile pentru dependență sau abuz.

O anchetă comunitară efectuată în Statele Unite în 1992 raportează că ratele pe viață ale abuzului sau dependenței de halucinogene par a fi în jur de 0,6 %, cu o rată de prevalență pe 12 luni în jur de 0,1%.

## Evoluție

Intoxicația cu halucinogene poate fi un eveniment scurt și izolat sau poate surveni în mod repetat. Întoxicația poate fi prelungită, dacă dozele sunt repetate frecvent în cursul unui episod. Administrarea frecventă tinde însă să reducă efectele intoxicației din cauza dezvoltării toleranței. În funcție de drog și de calea sa de administrare, efectele ating punctul maxim în decurs de câteva minute până la câteva ore, iar intoxicația se rezolvă în decurs de câteva ore până la câteva zile după încetarea administrării. Prevalența crescută a celor care „au uzat cândva" de halucinogene printre cei în etate de 26–34 ani și prevalența scăzută a uzului recent la acest grup sugerează că mulți pot înceta să mai facă uz de halucinogene pe măsură ce avansează în etate. Unii indivizi care uzează de halucinogene descriu „flashback-uri" care nu sunt asociate cu nici un fel de deteriorare sau detresă. Pe de altă parte, flashback-urile pot cauza deteriorare sau detresă la unii indivizi ( vezi mai sus, tulburarea de percepție persistentă halucinogenă).

## Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de halucinogene pot fi caracterizate prin simptome (de ex., idei delirante) care amintesc de **tulburările mentale primare** (de ex., tulburarea schizofreniformă versus tulburarea psihotică indusă de halucinogene, cu idei delirante, cu debut în cursul intoxicației). Vezi pag. 210 pentru discutarea acestui diagnostic diferențial.

Intoxicația cu halucinogene trebuie să fie distinsă de **intoxicația cu amfetamină sau cu phencyclidină.** Testele toxicologice sunt utile în efectuarea acestei distincții. **Intoxicația cu anticolinergice** poate, de asemenea, produce halucinații, dar acestea sunt asociate adesea cu date somatice precum dilatație pupilară, febră, gură și tegumente uscate, facies congestiv și perturbări vizuale. Intoxicația cu halucinogene se distinge de **alte tulburări induse de halucinogene** (de ex., tulburarea anxioasă indusă de halucinogene, cu debut în cursul intoxicației), deoarece în aceste din urmă tulburări, simptomele sunt în exces comparativ cu cele asociate de regulă cu intoxicația cu halucinogene și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

Intoxicația cu halucinogene se distinge de **tulburarea de percepție persistentă halucinogenă (flashbacks)** prin faptul că ultima se continuă episodic timp de săptămâni (sau mai mult) după cea mai recentă intoxicație. În tulburarea de percepție persistentă halucinogenă, individul nu crede că percepția reprezintă realitatea externă, pe când o persoană cu o **tulburare psihotică** crede adesea că percepția este reală. Tulburarea de percepție persistentă halucinogenă poate fi distinsă de **migrenă**, de **epilepsie** ori de o **condiție neurologică** prin istoricul neurooftalmlogic, examenul somatic și o evaluare de laborator adecvată.

## 292.9 Tulburare în legătură cu Halucinogenele Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu halucinogenele fără altă specificație este rezervată tulburărilor asociate cu uzul de halucinogene care nu sunt clasificabile ca dependență de halucinogene, tulburare de percepție persistentă halucinogenă, delirium prin intoxicație cu halucinogene, tulburare psihotică indusă de halucinogene, tulburare afectivă indusă de halucinogene sau tulburare anxioasă indusă de halucinogene.

## Tulburările în legătură cu Inhalantele

Această secțiune include tulburările induse prin inhalarea hidrocarburilor alifatice și aromatice aflate în substanțe precum gazolina, adezivii, diluanții pentru vopsele și vopselele spray. Mai puțin utilizate sunt hidrocarburile halogenate (aflate în epuratori, lichidul de corecție pentru mașina de scris, aerosolii propulsivi) și alți compuși volatili care conțin esteri, cetone și glicoli. Ingredientele active include toluenul, benzenul, acetona, tetracloretilena, metanolul și alte substanțe. Reflectând diversele moduri de acțiune și profile de probleme asociate, tulburările care rezultă din uzul gazelor anestezice (de ex., oxidul de azot, eterul) sau cel al vasodilatatoarelor cu durată scurtă de acțiune (de ex., nitritul de amyl și nitritul de butyl ["poppers"] sunt descrise în schimb la tulburările în legătură cu alte substanțe sau substanțe necunoscute la pag. 294. Cei mai mulți compuși care sunt inhalați sunt o mixtură de diverse substanțe care pot produce efecte pshihoactive, iar adesea este dificil de stabilit exact substanța responsabilă de tulburare. Exceptând cazul când există proba clară că o singură substanță pură a fost utilizată, termenul general de *inhalant* trebuie să fie utilizat la înregistrarea diagnosticului. Aceste substanțe volatile sunt accesibile într-o gamă largă de produse comerciale și pot fi utilizate interșanjabil, în funcție de disponibilitate și de preferința personală. Deși pot exista diferențe subtile în efectele pshihoactive și somatice ale diferiților compuși, nu se știe suficient despre efectele lor diferențiale pentru a le putea distinge între ele. Toate sunt capabile să producă dependență, abuz și intoxicație.

Pentru inhalarea vaporilor intoxicanți sunt utilizate diverse metode. Cel mai frecvent, o batistă îmbibată în substanță este aplicată pe gură și pe nas, iar vaporii sunt respirați, proces numit "huffing" (a fâsâi). Substanța, poate fi, de asemenea, pusă într-o pungă de hârtie sau de plastic, iar gazele din pungă inhalate, procedeu numit "bagging" (prânz la pachet). De asemenea, substanțele pot fi inhalate direct din containere sau din aerosolii spreiați în gură sau nas. Există relatări despre indivizi care încălzesc acești compuși pentru a accelera vaporizarea. Inhalantele ajung în pulmoni, în curentul sanguin și în locurile țintă, foarte rapid.

Această secțiune conține discuții explicite despre tulburările în legătură cu inhalantele. Au fost deja prezentate textele și seturile de criterii pentru aspectele generale ale dependenței de o substanță (pag. 192) și abuzului de o substanță (pag. 198) care se aplică tuturor substanțelor. Textele specifice dependenței și abuzului de inhalante sunt prezentate mai jos. Nu există însă seturi de criterii exclusiv pentru dependența de inhalante sau abuzul de inhalante. Textul și setul de criterii specifice pentru intoxicația cu inhalante sunt, de asemenea, prezentate mai jos. Toleranța a

fost raportată printre indivizii cu uz excesiv. Deși simptome similare celor de abstinență au fost raportate la animale după expuneri repetate la tricloretan, nu a fost încă stabilit că un sindrom de abstinență semnificativ clinic apare la oameni. Pentru acest motiv, diagnosticul de abstinență de inhalante nu este inclus în acest manual. Tulburările induse de inhalante (altele decât intoxicația cu inhalante) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea afectivă indusă de inhalante este inclusă în secțiunea „Tulburările Afective"). Mai jos, sunt menționate tulburările uzului de inhalante și tulburările induse de inhalante.

## Tulburările uzului de inhalante

304.60 **Dependența de inhalante** (vezi pag. 258)
305.90 **Abuzul de inhalante** (vezi pag. 259)

## Tulburările induse de inhalante

292.89 **Intoxicația cu inhalante** (vezi pag. 259)
292.81 **Deliriumul prin intoxicație cu inhalante** (vezi pag. 143)
292.82 **Demența persistentă indusă de inhalante** (vezi pag. 168)
292.11 **Tulburarea pshihotică, indusă de inhalante, cu idei delirante** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
292.12 **Tulburarea pshihotică, indusă de inhalante, cu halucinații** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
292.12 **Tulburarea afectivă indusă de inhalante** (vezi pag. 405)
*De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
292.89 **Tulburarea anxioasă indusă de inhalante** (vezi pag. 479)
*De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației
292.9 **Tulburare în legătură cu inhalantele fără altă specificație** (vezi pag. 263)

# *Tulburările Uzului de Inhalante*

## 304.60 Dependența de Inhalante

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192). Unele din criteriile generale ale dependenței nu se aplică inhalantelor, în timp ce altele necesită clarificări suplimentare. Toleranța la efectele inhalantelor a fost descrisă printre indivizii cu uz excesiv, însă prevalența și semnificația sa clinică nu sunt cunoscute. A fost descris un posibil sindrom ușor de abstinență, dar nu a fost bine documentat și nu pare a fi semnificativ clinic. Ca atare, dependența de inhalante nu include nici un sindrom de abstinență caracteristic și nici proba uzului de inhalante pentru a ușura sau evita simptomele de abstinență. Însă, inhalantele pot fi administrate în decursul unor perioade de timp mai lungi sau în cantități mai mari decât se intenționa inițial, iar indivizii care uzează de ele pot constata că este dificil să suprime sau să regleze uzul de inhalante. Pentru că inhalantele sunt ieftine, legale și ușor accesibile, pierderea timpului în încercarea de a le procura este rară. Se pierde însă mult timp cu administrarea lor și cu recuperarea din efectele uzului de inhalante. Uzul recurent

de inhalante poate determina individul să abandoneze sau să reducă importante activități sociale, profesionale sau recreaționale, iar uzul de substanță poate continua în disprețul cunoașterii de către individ a problemelor somatice (de ex., maladie hepatică ori lezare a sistemului nervos central sau periferic) ori a problemelor psihologice (de ex., depresie severă) cauzate de uz.

### Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați unui diagnostic de dependență de inhalante (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisiune parțială prelungită**
**Într-un mediu controlat**

## 305.90 Abuzul de Inhalante

A se consulta de asemenea, textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 198). Indivizii care abuzează de inhalante pot uza de acestea în circumstanțe periculoase (de ex., al conducerii unui automobil ori manipulării unei mașini, când judecata și coordonarea sunt deteriorate prin intoxicație cu inhalante). Useurii pot deveni, de asemenea, agitați și chiar violenți în cursul intoxicației, cu problemele interpersonale și legale de rigoare. Aspirarea repetată de inhalante poate fi asociată cu conflicte familiale și cu probleme școlare (de ex., chiul, note rele, eliminare din școală) sau dificultăți la locul de muncă.

## *Tulburările induse de Inhalante*

## 292.89 Intoxicația cu Inhalante

A se consulta de asemenea, textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației cu inhalante îl constituie prezența unor modificări psihologice sau comportamentale dezadaptative semnificative clinic (de ex., confuzie, conflictualitate, agresivitate, apatie, deteriorarea judecății, deteriorarea funcționării sociale sau profesionale) care apar în cursul sau la scurt timp după uzul intențional, expunerea pentru scurt timp la doze mari de inhalante volatile (criteriile A și B). Modificările dezadaptative sunt asociate cu semne care

includ amețeală sau pertubări vizuale (obnubilarea vederii sau diplopia), nistagmus, incoordonare, dizartrie, mers nesigur, tremor și euforie. Dozele mai mari de inhalante pot duce la dezvoltarea letargiei și lentorii psihomotorii, reducerea generalizată a forței musculare, diminuarea reflexelor, stupor sau comă (criteriul C). Perturbarea nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (criteriul D).

### Criteriile de diagnostic pentru 292.89 Intoxicația cu Inhalante

A. Uz intenţional recent sau expunere de scurtă durată la doze mari de inhalante volatile (excluzând gazele anestezice şi vasodilatatoarele cu durată scurtă de acţiune).

B. Modificări pshihologice sau comportamentale dezadaptative semnificative clinic (de ex., beligeranţă, agresivitate, apatie, deteriorarea judecăţii, deteriorarea funcţionării sociale sau profesionale) care apar în cursul sau la scurt timp după uzul sau expunerea la inhalante volatile.

C. Două (sau mai multe) din următoarele semne care apar în cursul sau la scurt timp după uzul sau expunerea la inhalante:

(1) ameţeală;
(2) nistagmus;
(3) incoordonare;
(4) dizartrie;
(5) mers nesigur;
(6) letargie;
(7) diminuarea reflexelor;
(8) lentoare pshihomotorie;
(9) tremor;
(10) scădere generalizată a forţei musculare;
(11) obnubilarea vederii sau diplopie;
(12) stupor sau comă;
(13) euforie.

D. Simptomele nu se datorează unei condiţii medicale generale şi nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## Alte Tulburări induse de Inhalante

Următoarele tulburări induse de inhalante sunt descrise în alte secţiuni ale manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia: **deliriumul prin intoxicaţie cu inhalante** (pag. 143), **demenţa persistentă indusă de inhalante** (pag. 168), **tulburarea psihotică indusă de inhalante** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de inhalante** (pag. 405) şi **tulburarea anxioasă indusă de inhalante** (pag. 479). Aceste tulburări sunt diagnosticate în locul intoxicaţiei cu inhalante numai când simptomele sunt în exces faţă de cele asociate de regulă cu intoxicaţia cu inhalante şi când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenţie clinică separată.

# Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Inhalantele

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu intoxicație cu inhalante pot prezenta halucinații auditive, vizuale sau tactile ori alte perturbări de percepție (macropsie, micropsie, iluzii, alterări în perceperea timpului). Idei delirante (cum ar fi convingerea că poate zbura) pot apare în cursul perioadelor de intoxicație cu inahalante, în special al celor caracterizate prin confuzie marcată; în unele cazuri, acestor idei delirante li se poate da curs, cu leziunile rezultante de rigoare. Anxietatea poate fi, de asemenea, prezentă. Administrările episodice, dar repetate de inhalante pot fi asociate în primul rând cu probleme școlare (de ex., chiul, note rele, eliminare din școală), precum și cu conflicte cu familia. Uzul de către adolescenții mai mari și adulții tineri este asociat adesea cu probleme sociale și de muncă (de ex., delincvență, șomaj). Cel mai frecvent, inhalantele sunt utilizate de adolescenți în condiții de grup. Uzul solitar tinde a fi tipic celor cu uz de lungă durată și excesiv. Uzul de inhalante, ca substanță predominantă pentru cei ce caută ajutor pentru dependența de o substanță, pare a fi rar, dar inhalantele pot fi un drog secundar utilizat de indivizii cu dependență de altă substanță. La unii indivizi, poate exista o progresiune până la stadiul la care inhalantele devin substanța preferată, în special printre indivizii cu tulburare de personalitate antisocială.

**Datele de laborator asociate.** Analiza directă pentru inhalante nu este în general disponibilă și în general nu face parte din examenele de rutină pentru drogurile de abuz. Un metabolit al toluenului, acidul hipuric, este excretat însă în urină și într-un raport supraunitar comparativ cu creatinina, ceea ce poate sugera uzul de toluen. Leziunile musculare, renale, hepatice și ale altor organe pot avea drept rezultat teste de laborator indicatoare ale acestor condiții patologice.

**Datele examinărilor somatice și condițiile medicale generale asociate.** Mirosul de vopsea sau de solvenți poate fi prezent în respirația sau îmbrăcămintea indivizilor care uzează de inhalante, sau poate exista un reziduu de substanță pe îmbrăcăminte sau tegumente. Un „raș al celor care trag pe nas adezivi" poate fi evident în jurul nasului și al gurii și, de asemenea, poate fi remarcată o iritație conjunctivală. Poate exista proba unui traumatism datorat comportamentului dezinhibat sau arsurilor datorate naturii inflamabile a acestor compuși. Datele respiratorii nespecifice includ proba iritației căilor aeriene superioare și inferioare, inclusiv tusea, scurgerea (de secreție) sinusală, dispneea, raluri sau roncusuri; mai rar, poate rezulta cianoză prin pneumonie sau asfixie. De asemenea, poate exista cefalee, debilitate generalizată, durere abdominală, greață și vomă.

Inhalantele pot cauza leziuni, atât ale sistemului nervos central, cât și periferic, care pot fi permanente. Examinarea unui individ care uzează în mod cronic de inhalante poate revela un număr de deficite neurologice, incluzând debilitatea generalizată și neuropatiile periferice. La indivizii cu uz excesiv au fost descrise atrofia cerebrală, degenerarea cerebeloasă și leziuni ale substanței albe, care au ca rezultat semne din partea nervilor cranieni sau tractului piramidal. Uzul recurent poate duce la apariția unei hepatite (care poate progresa spre ciroză) sau a unei acidoze metabolice comparabile cu acidoza tubulară renală distală. Insuficiența

renală cronică, sindromul hepatorenal și acidoza hepatorenală proximală au fost, de asemenea, descrise, ca și suprimarea funcției măduvei osóase, în special la benzen și tricloretilenă, primul crescând probabil riscul pentru leucemia mielocitară acută Unele inhalante (de ex., clorura de metil) pot fi metabolizate la oxid de carbon. Moartea poate surveni prin depresie respiratorie sau cardiovasculară; în mod special, „moartea subită a celor care trag pe nas" poate rezulta prin aritmie acută, hipoxie sau anomalii electrolitice.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

În timp ce cele mai multe anchete raportează puține diferențe numai în funcție de grupul etnic sau rasial, un studiu efectuat pe copii în Alaska rurală, menționează că aproape 50% dintre copiii indigeni din Alaska din satele izolate au făcut uz la un moment dat de inhalante pentru a se simți bine.Din cauza costului lor redus și accesibilității ușoare, inhalantele sunt adesea primele droguri de experimentare pentru tineri și (tot din aceleași motive) poate exista o incidență mai mare printre cei care trăiesc în zone defavorizate economic. Uzul de inhalante poate începe de la etatea de 9–12 ani, pare a atinge culmea în adolescență și este mai puțin frecvent după etatea de 35 ani. Bărbații sunt răspunzători de 70–80% dintre consultațiile acordate în camerele de gardă pentru urgențele în legătură cu inhalantele.

## Prevalență

Este dificil de stabilit prevalența reală a uzului de inhalante, deoarece aceste droguri sunt ușor de obținut legal, iar importanța lor poate fi subestimată în anchete. In afară de aceasta, popularitatea diverșilor inhalanți se schimbă cu timpul, de ex., în cursul ultimului deceniu scăzând procentul useurilor de colanți și aerosoli și crescând cel al useurilor de lichide inflamabile.

O anchetă națională din 1996 referitoare la uzul de droguri a raportat că aproximativ 6% din populația Statelor Unite a recunoscut că a făcut cândva uz de inhalante, 1% că a făcut uz anul trecut, iar 0,4% în ultima lună. Cea mai mare prevalență pe viață a fost observată la cei în etate de 18-25 ani (11%), pe când cei în etate de 12-17 ani predomină printre cei care au făcut uz anul trecut (4%) sau luna trecută (2%). Procente mari sunt raportate la o diversitate de subgrupuri, aproximativ 30% dintre cei aflați în închisori relatând că au făcut cândva uz de aceste substanțe.

Procentele de uz sunt, de asemenea, mari printre indivizii care trăesc în sărăcie, în special printre copii și adulții tineri..Trebuie notat însă faptul că deoarece aceste anchete evaluează mai curând patternuri de uz decât tulburări, nu se știe câți dintre cei incluși în anchetă ca făcând uz de inhalante au prezentat simptome care satisfac criteriile pentru dependență sau abuz. Prevalența abuzului sau dependenței de inhalante în populația generală este necunoscută.

## Evoluție

Este foarte dificil de stabilit doza de inhalant în funcție de efect, din cauza diferitelor metode de administrare, iar concentrațiile diferite de inhalante în produsele utilizate determină concentrații extrem de variabile în organism. Durata intoxicației cu inhalante este în relație cu caracteristicile farmacologice ale substanțelor specifice utilizate, dar de regulă este scurtă, durând de la câteva minute până la o oră. Debutul este rapid, culmea fiind atinsă în decurs de câteva minute după inhalare. Copii mai

mici, diagnosticați ca având dependență de inhalante, pot uza de inhalante de mai multe ori pe săptămână, adesea în week-enduri și după orele de clasă. Dependența severă la adulți poate implica diverse perioade de intoxicație, în cursul fiecărei zile și perioade ocazionale de uz excesiv care pot dura mai multe zile. Acest pattern poate persista timp de ani de zile, cu necesitatea recurentă de tratament. Indivizii care uzează de inhalante pot avea un nivel sau grad preferat de intoxicație, iar metoda de administrare (de regulă aspirarea dintr-un conteiner sau respirarea printr-o batistă muiată în substanță) poate permite individului să mențină acel nivel timp de mai multe ore. De asemenea, au fost descrise cazuri de apariție la muncitorii industriali care au o expunere profesională de lungă durată și acces la inahlante. Un muncitor poate începe să utilizeze compusul pentru efectele sale psihoactive și să dezvolte ulterior un pattern de dependență. Uzul care duce la dependență poate surveni, de asemenea, la oamenii care nu au acces la alte substanțe (de ex., prizonieri, personal militar izolat și adolescenți sau adulți tineri din zonele rurale izolate).

## Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de inhalante pot fi caracterizate prin simptome (de ex., dispoziție depresivă) care seamănă cu **tulburările mentale primare** (de ex., tulburarea depresivă majoră versus tulburarea afectivă indusă de inhalante, cu elemente depresive, cu debut în cursul intoxicației). Vezi pag. 210 pentru discutarea acestui diagnostic diferențial.

Simptomele intoxicației cu inhalante, de la ușoară până la moderată, pot fi similare cu cele ale **intoxicației cu alcool** și **ale intoxicației cu sedative, hipnotice sau anxiolitice**. Halena respirației sau reziduurile de pe corp ori de pe îmbrăcăminte pot fi indicii diferențiatoare importante, dar nu trebuie avut încredere în ele exclusiv. Indivizii, care uzează în mod cronic de inhalante, este posibil să uzeze frecvent și excesiv și de alte substanțe, complicând și mai mult tabloul diagnostic. Uzul concomitent de alcool poate face, de asemenea, dificilă diferențierea. Istoricul uzului de drog și constatările caracteristice (inclusiv mirosul de solvent sau resturile de vopsea) pot diferenția intoxicația de inhalante de intoxicația cu alte substanțe; în plus, simptomele se pot ameliora mai repede în intoxicația cu inhalante decât în intoxicațiile cu alte substanțe. Debutul și rezoluția rapidă pot, de asemenea, diferenția intoxicația cu inhalante de alte tulburări mentale și condiții neurologice. Întoxicația cu inhalante se distinge de **alte tulburări induse de inhalante** (de ex., tulburarea afectivă indusă de inhalante, cu debut în cursul intoxicației) prin faptul că simptomele în aceste din urmă tulburări sunt în exces față de cele asociate de regulă cu intoxicația cu inhalante și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

Muncitorii industriali pot fi, ocazional, **expuși accidental la chimicale volatile** și suferi o intoxicație fiziologică. Pentru expunerea la astfel de toxice trebuie utilizată categoria de „Tulburări în legătură cu altă substanță".

# 292.9 Tulburare în legătură cu Inhalantele Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu inhalantele fără altă specificație este destinată tulburărilor asociate cu uzul de inhalante care nu sunt clasificabile ca

dependență de inhalante, abuz de inhalante, intoxicație cu inhalante, delirium prin intoxicație cu inhalante, demență persistentă indusă de inhalante, tulburare psihotică indusă de inhalante, tulburare afectivă indusă de inhalante sau tulburare anxioasă indusă de inhalante.

# Tulburările în legătură cu Nicotina

Dependența și abstinența de nicotină pot apare în toate formele de uz de tabac (țigarete, tabac de mestecat, tabac de prizat, pipe și țigări havane) și în prescripții de medicamente (gumă sau plasture cu nicotină). Capacitatea relativă a acestor produse de a produce dependență sau de a induce abstinență este asociată cu rapiditatea caracteristică a căii de administrare (fumat versus orală, orală versus transdermală) și conținutul în nicotină al produsului.

Această secțiune conține comentarii specifice referitoare la tulburările în legătură cu nicotina. Au fost prezentate deja textele și seturile de criterii pentru a defini aspectele generale ale dependenței de o substanță (pag. 192) care se aplică tuturor substanțelor. Aplicarea acestor criterii generale la dependența de nicotină este prezentată mai jos. Reflectând puținătatea datelor relevante clinic, intoxicația cu nicotină și abuzul de nicotină nu sunt incluse în DSM–IV. Un text și un set de criterii specifice pentru abstinența de nicotină sunt, de asemenea, prezentate mai jos. Mai jos sunt listate tulburările în legătură cu nicotina.

## Tulburările uzului de nicotină

305.10 **Dependența de nicotină** (vezi pag. 264).

## Tulburările induse de nicotină

292.0 **Abstinența de nicotină** (vezi pag. 265)

292.9 **Tulburare în legătură cu nicotina fără altă specificație** (vezi pag. 269)

# *Tulburarea Uzului de Nicotină*

## 305.10 Dependența de Nicotină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192). Unele dintre criteriile generice ale dependenței nu par a se aplica nicotinei, iar altele necesită clarificări suplimentare. Toleranța la nicotină se manifestă printr-un efect mai intens al nicotinei când este utilizată pentru prima dată în cursul zilei și prin absența grețiii și amețelii în dispretul utilizării regulate a unor canități mari de nicotină. Încetarea uzului de nicotină produce un binecunoscut sindrom de abstinență care este descris mai jos. Mulți indivizi care fac uz de nicotină, iau nicotina pentru a-și ușura sau pentru a evita simptomele de abstinență, când se deșteaptă dimineața din somn sau după ce s-au aflat în situații în care uzul este interzis (de ex., la serviciu sau în avion). Indivizii care fumează și cei care uzează de nicotină este posibil să constate că și-au consumat rezerva de țigarete sau de alte produse conținând nicotină, mai repede decât intenționau inițial. Deși peste 80% dintre indivizii care fumează își exprimă dorința de a stopa

fumatul, iar 35% încearcă să-l stopeze în fiecare an, mai puțin de 5% reușesc, neajutați, în încercările lor de a-l abandona. Pierderea de foarte mult timp cu consumarea substanței este cel mai bine exemplificată de fumatul în lanț. Deoarece sursele de nicotină sunt ușor accesibile și legale, pierderea de mult timp în încercarea de a procura nicotină este rară. Abandonarea unor activități sociale, profesionale sau recreaționale poate surveni când un individ renunță la o activitate pentru că aceasta se desfășoară în zone în care fumatul este interzis. Continuarea uzului, în disprețul cunoașterii problemelor medicale în legătură cu fumatul, este o problemă de sănătate extrem de importantă (de ex., un individ care continuă să fumeze în disprețul faptului că are o condiție medicală generală indusă de tabac, cum ar fi o bronșită sau o maladie pulmonară obstructivă cronică).

### Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați unui diagnostic de dependență de nicotină (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Cu dependență fiziologică**
**Fără dependență fiziologică**

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisiune parțială prelungită**

## *Tulburarea indusă de Nicotină*

## 292.0 Abstinența de Nicotină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abstinența de o substanță (vezi pag. 201). Elementul esențial al abstinenței de nicotină îl constituie prezența unui sindrom de abstinență caracteristic care apare după încetarea bruscă sau reducerea uzului de produse conținând nicotină, urmând unei lungi perioade (de cel puțin câteva săptămâni) de uz zilnic (criteriile A și B). Sindromul de abstinență cuprinde patru sau mai multe dintre următoarele: dispoziție depresivă sau disforică, insomnie, iritabilitate, frustrare sau stare coleroasă, anxietate, dificultate în concentrare, neliniște sau impacientă, diminuarea ritmului cardiac și creșterea apetitului sau plus ponderal. Simptomele de abstinență cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C).Simptomele nu trebuie să fie datorate unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de o altă tulburare mentală (criteriul D).

Aceste simptome sunt datorate în mare parte deprivării de nicotină și sunt de regulă mai intense printre indivizii care fumează țigarete decât printre cei care fac uz de alte produse conținând nicotină. Debutul mai rapid al efectelor nicotinei în fumatul de țigarete duce la un pattern de uz mai intens care este mai dificil de întrerupt din cauza frecvenței și rapidității reîntăririi și a dependenței fizice mai mari de nicotină. La indivizii care fumează țigarete, ritmul cardiac scade cu 5 până la 12 bătăi pe minut în primele câteva zile de la încetarea fumatului, iar greutatea crește în medie cu 2–3 kg în cursul primului an după încetarea fumatului.

Simptome ușoare de abstinență pot apare după trecerea la țigarete cu conținut redus în gudron/nicotină și după stoparea uzului de tabac infumabil, gumă cu nicotină sau plasturi cu nicotină.

## Criteriile de diagnostic pentru 292.0 Abstinența de Nicotină

A. Uz zilnic de nicotină, timp de cel puțin câteva săptămâni.

B. Încetarea bruscă a uzului de nicotină sau reducere a cantității de nicotină utilizată, urmată în decurs de 24 ore de patru (sau mai multe) dintre următoarele semne:

(1) dispoziție depresivă sau disforică;
(2) insomnie;
(3) iritabilitate, frustrare sau stare coleroasă;
(4) anxietate;
(5) dificultate în concentrare;
(6) neliniște;
(7) scăderea ritmului cardiac;
(8) apetit crescut sau plus ponderal.

C. Simptomele de la criteriul B cauzează o detresă sau o deteriorare în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

# *Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Nicotina*

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Dorința ardentă este un element important al abstinenței de nicotină și poate explica dificultățile pe care le au indivizii în a renunța la produsele conținând nicotină. Alte simptome asociate cu abstinența de nicotină includ dorința de dulciuri și deteriorarea performanței la sarcinile necesitând atenție. Mai multe elemente asociate cu dependența de nicotină par a prezice un grad mai mare de dificultate în stoparea uzului de nicotină: fumatul imediat după deșteptarea din somn, fumatul când este suferind, dificultate în a se abține să nu fumeze, relatarea că prima țigaretă a zilei este una dintre cele mai dificil de cedat și fumatul mai mult dimineața decât după amiaza. Numărul țigaretelor fumate pe zi, conținutul în nicotină al țigaretei și numărul de pachete fumate pe an sunt, de asemenea, în legătură cu probabilitatea ca un individ să stopeze fumatul. Dependența de nicotină este mai frecventă printre indivizii cu alte tulburări mentale, ca de ex., schizofrenia. În funcție de populația studiată, între 55–90% dintre indivizii cu tulburări mentale fumează, în comparație cu 30% din populația generală. Tulburările afective, anxioase și alte tulburări în legătură cu o substanță pot fi mai frecvente la indivizii care fumează decât la foștii fumători sau la cei care nu au fumat niciodată.

**Date de laborator asociate.** Simptomele de abstinență sunt asociate cu ritm lent pe EEG, reducerea concentrațiilor de catecolamine și de cortizol, modificări ale mișcărilor oculare rapide (REM), deteriorare la testarea neuropsihologică și scăderea ritmului metabolic. Fumatul crește metabolismul multor medicamente prescrise pentru tratamentul tulburărilor mentale, precum și pe cel al altor substanțe. Deci, încetarea fumatului poate crește concentrațiile sanguine ale acestor medicamente, precum și pe cele ale altor substanțe, uneori într-o măsură semnificativă. Acest efect nu pare a se datora nicotinei, ci mai curând altor compuși ai tabacului. Nicotina și metabolitul său cotinina pot fi măsurate în sânge, salivă sau urină. Persoanele care fumează au, de asemenea, diminuate testele funcționale pulmonare și au crescut volumul corpuscular mediu (MVC).

**Datele examinării somatice și condițiile medicale asociate.** Abstinența de nicotină poate fi asociată cu o tuse uscată sau productivă, scăderea ritmului cardiac, apetit crescut sau plus ponderal și o deprimare a răspunsului ortostatic. Cele mai comune semne ale dependenței de nicotină sunt mirosul de tabac, tusea, evidența unei maladii pulmonare obstructive cronice și ridarea excesivă a pielii. Pete de tabac pot apare pe degete, dar sunt rare. Uzul de tabac poate crește considerabil riscul de cancer pulmonar sau bucal, precum și de alte cancere; de asemenea, crește riscul de condiții cardiovasculare și cerebrovasculare, de maladii pulmonare obstructive cronice și de alte maladii pulmonare, de ulcer, de complicații materne și fetale, precum și de alte condiții. Deși cele mai multe dintre aceste probleme par a fi cauzate de cancerigenele și oxidul de carbon din tabacul fumat mai curând decât de nicotina însăși, nicotina poate crește riscul de evenimente cardiovasculare. Cei care n-au fumat niciodată, dar care sunt expuși cronic la fumul de tabac par a prezenta un risc crescut pentru condiții, precum cancerul pulmonar și maladiile cardiace.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Prevalența fumatului este în scădere în cele mai multe națiuni industrializate, dar este în creștere în zonele în curs de dezvoltare. Afroamericanii tind a prezenta nivele sanguine mai ridicate de nicotină la același număr număr de țigare în comparație cu alte grupuri rasiale, ceea ce poate contribui la dificultatea mai mare în a se lăsa de fumat. Cea mai mare prevalență pe viață a uzului de nicotină se constată la indivizii mai bătrâni. În Statele Unite, prevalența fumatului este ușor mai crescută la bărbați decât la femei; prevalența fumatului este însă, în scădere mai rapidă la bărbați decât la femei. În alte țări, fumatul este adesea mai frecvent printre bărbați. Uzul de tabac infumabil este mult mai mare la bărbați decât la femei, cu un raport bărbați/femei de 8:1 sau mai mult.

## Prevalență

Exista o reducere substanțială a fumatului regulat și a dependenței de nicotină la cele mai multe grupuri prin anii '80, urmată de o nivelare a acestei rate de declin, estimată la a fi de numai 2% sau mai puțin în ultima parte a anilor '90. Nivele mai mari de scădere au fost observate mai mult la bărbați decât la femei, și mai mult la caucazieni decât la cei de origine afroamericană sau hispanică. Diverse grupuri au prezentat o creștere reală a prevalenței fumatului regulat la mijlocul anilor '90, în special femeile care au mai puțin decât studii medii.

O anchetă națională referitoare la uzul de drog, efectuată în 1996, constata că 72% din populația adultă a Statelor Unite a făcut cândva uz de țigarete, cu 32% raportând uz anul trecut, și 29%, uz luna trecută. Prevalența pe viață în Statele Unite era mai mare printre indivizii în etate de 35 ani și peste (78%), deși uzul anul trecut și luna trecută era mai mare printre oamenii în etate de 18 și 25 ani (45% și respectiv, 38%). Ancheta din 1996 a menționat, de asemenea, procente substanțiale de uz de tabac infumabil, 17% din populația Statelor Unite recunoscând că a făcut cândva uz de aceste produse, iar 5% că a făcut uz luna trecută. Anchetele referitoare la uzul de drog la elevii de liceu menționau că uzul de tabac la populația tânără este în creștere. Conform unei anchete din 1997 printre elevii din clasa a XII-a, 65% au relatat că au făcut cândva uz de țigarete - o creștere peste procentul de 62% din 1994 (dar nu tot atât de mare ca picul prevalenței pe viață de 77% din 1977).

Deoarece se estimează că între 80% și 90% dintre fumătorii regulați au dependență de nicotină, până la 25% din populația Statelor Unite poate avea dependență de nicotină. S-a constatat că procentul dependenței de nicotină este mai mare la indivizii cu schizofrenie sau cu dependență de alcool decât în populația generală.

## Evoluție

Consumul de nicotină începe de regulă de timpuriu în adolescență, 95% dintre cei care continuă să fumeze la etatea de 20 ani devenind fumători zilnici permanenți. Mai mult de 80% dintre fumători relatează că au încercat să se lase de fumat, dar în cursul primei tentative mai puțin de 25% dintre cei care au reușit s-o facă rămân abstinenți pentru perioade lungi de timp. În ultimă instanță, aproximativ 45% dintre cei care consumă nicotină în mod regulat sunt capabili să stopeze fumatul în cele din urmă. La marea majoritate a fumătorilor care au dependență de nicotină, încetarea fumatului de țigarete duce la apariția simptomelor de abstinență care încep la câteva ore de la încetare și ating maximum de intensitate între prima și cea de a patra zi, cu cele mai multe simptome reziduale ameliorându-se considerabil în 3-4 săptămâni, foamea și plusul ponderal persistând timp de șase luni sau mai mult. Această evoluție constând din lăsarea și reluarea fumatului și dorința repetată de a se abține este probabil aplicabilă în egală măsură și consumului altor forme de nicotină, inclusiv gumei de mestecat cu tabac

## Pattern familial

Riscul pentru fumat crește de trei ori dacă o rudă biologică de gradul I fumează. Studiile pe gemeni și pe adoptați indică faptul că factorii genetici contribuie la debutul și continuarea fumatului, cu grade de eritabilitate echivalente cu cele observate în dependența de alcool.

## Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207.

Simptomele de abstinență de nicotină se suprapun peste cele ale altor **sindroame de abstinență de o substanță**, peste cele ale **intoxicației cu cafeină, tulburărilor anxioase, afective și de somn**, precum și peste **akatisia indusă de medicamente**. Internarea în unități sanitare în care nu se fumează, poate induce simptome de abstinență care pot mima, intensifica sau masca alte diagnostice. Reducerea

simptomelor asociate prin reluarea fumatului sau prin terapie de substituție a nicotinei confirmă diagnosticul.

Pentru că uzul regulat de nicotină nu pare a deteriora funcționarea mentală, dependența de nicotină nu este confundată ușor cu alte tulburări în legătură cu o substanță și cu alte tulburări mentale.

## 292.9 Tulburare în legătură cu Nicotina Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu nicotina fără altă specificație este destinată tulburărilor asociate cu uzul de nicotină care nu sunt clasificabile ca dependență de nicotină sau abstinență de nicotină.

## Tulburările în legătură cu Opiaceele

Opiaceele includ opiaceele naturale (de ex., morfina), semisintetice (de ex., heroina) și sintetice cu acțiune similară morfinei (de ex., codeina, hidromorfonul, metadona, oxicodona, meperidina, fentanylul). Medicamente ca pentazocina și buprenorfina, care au atât efecte agoniste, cât și antagoniste cu opiaceele, sunt, de asemenea, incluse în această clasă, deoarece, în special în doze mici, proprietățile lor agoniste produc efecte fiziologice și comportamentale similare cu cele ale agoniștilor opiacei clasici. Opiaceele sunt prescrise ca analgezice, anestezice, agenți antidiareici sau ca antitusive. Heroina este unul din drogurile din această clasă de care se face abuz cel mai frecvent și este administrată de regulă prin injecții, deși poate fi și fumată și „prizată", când este disponibilă în stare foarte pură. Fentanylul este injectat, pe când antitusivele și agenții antidiareici sunt luate oral. Alte opiacee sunt administrate, atât prin injecții, cât și pe cale orală.

Această secțiune conține comentarii explicite referitoare la tulburările în legătură cu opiaceele. Textele și seturile de criterii au fost deja prezentate la aspectele generale ale dependenței de o substanță (pag. 192) și abuzului de o substanță (pag. 198) care se aplică tuturor substanțelor. Aplicarea acestor criterii generale dependenței și abuzului de opiacee este prevăzută mai jos. Nu există însă, seturi de criterii exclusiv pentru dependența de opiacee și abuzul de opiacee. Textul și seturile de criterii specifice pentru intoxicația cu opiacee și abstinența de opiacee sunt, de asemenea, prezentate mai jos. Tulburările induse de opiacee (altele decît intoxicația și abstinența de opiacee) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea afectivă indusă de opiacee este inclusă în secțiunea „Tulburările Afective"). Mai jos sunt menționate tulburările uzului de opiacee și tulburările induse de opiacee.

### Tulburările uzului de opiacee

304.00 **Dependența de opiacee** (vezi pag. 270)
305.50 **Abuzul de opiacee** (vezi pag. 271)

### Tulburările induse de opiacee

292.89 **Intoxicația cu opiacee** (vezi pag. 271). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației

292.0 **Abstinența de opiacee** (vezi pag. 272)

292.81 **Deliriumul prin intoxicație cu opiacee** (vezi pag. 143)

292.10 **Tulburarea psihotică indusă de opiacee cu idei delirante** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației

292.12 **Tulburarea psihotică indusă de opiacee, cu halucinații** (vezi pag. 338). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației

292.84 **Tulburarea afectivă indusă de opiacee** (vezi pag. 405). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației

292.89 **Disfuncția sexuală indusă de opiacee** (vezi pag. 562). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației

292.89 **Tulburarea de somn indusă de opiacee** (vezi pag. 655). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

292.9 **Tulburare în legătură cu opiaceele fără altă specificație** (vezi pag. 277).

## *Tulburările Uzului de Opiacee*

## 304.00 Dependența de Opiacee

A se consulta, de asemenea textul și criteriile pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192). Cei mai mulți indivizi cu dependență de opiacee au nivele de toleranță semnificative și vor experienta abstinență la întreruperea bruscă a substanțelor opiacee. Dependența de opiacee include semne și simptome care reflectă autoadministrarea prelungită și compulsivă a substanțelor opiacee care nu sunt utilizate în scopuri medicale legitime ori, dacă este prezentă o condiție medicală generală care necesită tratament cu opiacee, acestea sunt utilizate în doze care sunt cu mult în exces față de cantitățile necesare pentru ușurarea durerii. Persoanele cu dependență de opiacee tind a dezvolta astfel de patternuri regulate de uz compulsiv de drog, că activitățile zilnice sunt de regulă planificate în jurul obținerii și administrării opiaceelor. Opiaceele sunt procurate de regulă de pe piața ilegală, dar pot fi obținute, de asemenea de la medici prin simularea sau exagerarea problemelor medicale generale sau prin obținerea de prescripții simultane de la diverși medici. Profesioniștii în asistență medicală cu dependență de opiacee obțin adesea opiacee prin scrierea prescripțiilor pentru ei înșiși sau prin sustragerea opiaceelor care au fost prescrise pentru pacienți ori din stocurile farmaciei.

### Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați unui diagnostic de dependență de opiacee (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Cu dependență fiziologică**
**Fără dependență fiziologică**

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisiune parțială prelungită**
**Sub terapie agonistă**
**Într-un mediu controlat**

## 305.50 Abuzul de Opiacee

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abuzul de o substanță (vezi pag. 198). Pot apare dificultăți legale, ca urmare a comportamentului din timpul intoxicației cu opiacee sau din cauza faptului că individul a recurs la surse de aprovizionare ilegale. De regulă, persoanele care abuzează de opiacee uzează de aceste substanțe mult mai rar decât o fac cei cu dependență și nu dezvoltă simptome semnificative de abstinență. Cînd problemele în legătură cu uzul de opiacee sunt acompaniate de proba abstinenței sau a comportamentului compulsiv în legătură cu uzul de opiacee, trebuie culese informații spre a vedea dacă nu este mai adecvat diagnosticul de dependență de opiacee, mai curând decât cel de abuz de opiacee.

## *Tulburările induse de Opiacee*

## 292.89 Intoxicația cu Opiacee

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației cu opiacee îl constituie prezența unor modificări dezadaptative psihologice sau comportamentale semnificative clinic (de ex., euforie inițială urmată de apatie, disforie, agitație sau lentoare psihomotorie, deteriorarea judecății sau deteriorarea funcționării sociale ori profesionale) care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de opiacee (criteriile A și B). Intoxicația este acompaniată de constricție pupilară (exceptând cazul când este vorba de o supradozare severă, cu anoxie și dilatație pupilară consecutivă) și unul sau mai multe dintre următoarele semne: torpoare (descrisă ca fiind „pe atipite") sau chiar comă, dizartrie și deteriorarea atenției sau memoriei (criteriul C). Indivizii cu intoxicație cu opiacee pot prezenta inatenție față de ambianță, chiar până la punctul de a ignora evenimente potențial periculoase. Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul D).

Magnitudinea modificărilor psihologice și comportamentale care rezultă din uzul de opiacee depinde de doză, precum și de caracteristicile individului care uzează de substanță (de ex., toleranța, ritmul de absorbție, cronicitatea uzului). Simptomele intoxicației cu opiacee durează de regulă câteva ore, interval de timp care concordă cu semiviața celor mai multe droguri opiacee. Intoxicația severă

urmând unei supradoze de opiacee poate duce la comă, depresie respiratorie, dilatație pupilară, pierderea cunoștinței și chiar moarte.

### Specificant

Următorul specificant poate fi aplicat unui diagnostic de intoxicație cu opiacee:

**Cu perturbări de percepție**. Acest specificant poate fi menționat în rarele cazuri când halucinații cu testarea realității intactă sau iluzii auditive, vizuale ori tactile survin în absența unui delirium. *Testarea realității intactă* înseamnă că persoana știe că halucinațiile sunt induse de o substanță și nu reprezintă realitatea externă. Când halucinațiile survin în absența unei testări a realității intacte, trebuie luat în considerație diagnosticul de tulburare psihotică indusă de o substanță, cu halucinații.

### Criteriile de diagnostic pentru 292.89 Intoxicația cu Opiacee

A. Uz recent de un opiaceu

B. Modificări psihologice și comportamentale dezadaptative semnificative clinic (de ex., euforie inițială urmată de apatie, disforie, agitație sau lentoare psihomotorie, deteriorarea judecății sau deteriorarea funcționării sociale sau profesionale), care apar în cursul ori la scurt timp după uzul de opiacee.

C. Constricție pupilară (sau dilatație pupilară datorată anoxiei prin supradoză severă) și unul (sau mai multe) dintre următoarele semne, apărând în cursul ori la scurt timp după uzul de opiacee:

(1) torpoare sau comă;
(2) dizartrie;
(3) deteriorarea atenției sau memoriei.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

*De specificat dacă:*

**Cu perturbări de percepție**

## 292.0 Abstinența de Opiacee

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abstinența de o substanță (vezi pag. 201). Elementul esențial al abstinenței de opiacee îl constituie prezența unui sindrom de abstinență caracteristic care apare după încetarea (sau reducerea) uzului de opiacee care a fost masiv și prelungit (criteriul A1). Sindromul de abstinență poate fi, de asemenea, precipitat de administrarea unui opiaceu antagonist (de ex., naloxonă sau naltrexonă) după o perioadă de uz de opiacee (criteriul A2). Abstinența de opiacee se caracterizează printr-un pattern de semne și simptome care sunt opusul efectelor agoniste acute. Primele dintre acestea sunt subiective și constau din acuze de anxietate, neliniște și dintr-o „senzație de durere" localizată adesea în spate și în picioare, acompaniată de dorința de a obține

opiacee („craving") și comportamentul de căutare a drogului, împreună cu iritabilitatea și creșterea sensibilității la durere. Trei sau mai multe dintre următoarele simptome trebuie să fie prezente pentru a pune diagnosticul de abstinență de opiacee: dispoziție disforică, greață sau vomă, mialgii, lăcrimare sau rinoree, dilatație pupilară, piloerecție sau transpirație abundentă, diaree, căscat, febră și insomnie (criteriul B). Piloerecția și febra sunt asociate cu o abstinență mai severă și adesea nu sunt văzute în practica clinică de rutină, deoarece indivizii cu dependență de opiacee obțin de regulă substanțe înainte ca dependența să devină extrem de avansată. Aceste simptome ale abstinenței de opiacee trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul D).

La cei mai mulți indivizi dependenți de droguri cu durată scurtă de acțiune, cum ar fi heroina, simptomele de abstinență survin în decurs de 6–12 ore după ultima doză. În cazul drogurilor cu durată mai lungă de acțiune, cum sunt metadona sau LAAM (1–alfaacetilmetadol), apariția simptomelor poate necesita 2–4 zile. Simptomele de abstinență acută de un opiaceu cu durată scurtă de acțiune, cum este heroina, ating de regulă picul în decurs de 1–3 zile și diminuă progresiv în decursul unei perioade de 5–7 zile. Simptomele de abstinență mai puțin acute pot dura săptămâni sau luni. Aceste simptome mai cronice includ anxietatea, disforia, anhedonia, insomnia și dorința ardentă de drog. De fapt, toți indivizii cu dependență de opiacee relatează o componentă fiziologică, incluzând 50% dintre cei care au prezentat abstinență.

## Criteriile de diagnostic pentru 292.0 Abstinența de Opiacee

A. Oricare dintre următoarele:

(1) încetarea (sau reducerea) uzului de opiacee, care a fost excesiv și prelungit (mai multe săptămâni sau chiar mai mult),
(2) administrarea unui antagonist opiaceu după o perioadă de uz de opiacee.

B. Trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome apărând în decurs de câteva minute sau zile după criteriul A:

(1) dispoziție disforică;
(2) greață sau vomă;
(3) mialgii;
(4) lăcrimare sau rinoree;
(5) dilatație pupilară, piloerecție sau transpirație;
(6) diaree;
(7) căscat;
(8) febră;
(9) insomnie.

C. Simptomele de la criteriul B cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## Alte Tulburări induse de Opiacee

Următoarele tulburări induse de opiacee sunt descrise în alte secțiuni ale manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia: **deliriumul prin intoxicație cu opiacee** (pag. 143), **tulburarea psihotică indusă de opiacee** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de opiacee** (pag. 405), **disfuncția sexuală indusă de opiacee** (pag. 562) și **tulburarea de somn indusă de opiacee** (pag. 655). Aceste tulburări sunt diagnosticate în locul intoxicației cu opiacee sau al abstinenței de opiacee numai când simptomele sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență de opiacee și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## *Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Opiaceele*

### Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Dependența de opiacee este asociată frecvent cu un istoric de infracțiuni în legătură cu drogul (de ex., posedarea sau distribuirea de droguri, fals, furt prin efracție, banditism, furt sau primirea de bunuri furate). La profesioniștii în îngrijirea sănătății și la indivizii care au ușor acces la substanțele ținute sub control, există adesea un pattern diferit de activități ilegale implicând probleme cu departamentele statului care eliberează autorizații, cu conducerile profesionale ale spitalelor ori cu alte agenții administrative. Divorțul, șomajul sau angajarea temporară sunt adesea asociate cu dependența de opiacee la toate nivelele socioeconomice.

Pentru mulți indivizi, efectul luării pentru prima dată a unui opiaceu este mai curând disforic decât euforic, putând apare greață și vomă. Indivizii cu dependență de opiacee sunt expuși riscului de a dezvolta o depresie ușoară spre moderată care satisface criteriile simptomatologice și de durată pentru tulburarea distimică și uneori pentru tulburarea depresivă majoră. Aceste simptome pot reprezenta o tulburare afectivă indusă de opiacee (vezi pag. 405) sau exacerbarea unei tulburări depresive primare preexistente. Perioadele de depresie sunt extrem de frecvente în cursul intoxicației cronice ori în asociere cu stresorii psihosociali care sunt în legătură cu dependența de opiacee. Insomnia este comună, în special în cursul abstinenței. Tulburarea de personalitate antisocială este mult mai frecventă la indivizii cu dependență de opiacee decât la populația generală. Stresul posttraumatic este, de asemenea, întîlnit frecvent. Istoricul de tulburare de conduită în copilărie sau în adolescență a fost identificat drept un factor de risc semnificativ pentru tulburările în legătură cu o substanță, în special pentru dependența de opiacee.

**Date de laborator asociate.** Testele toxicologice urinare de rutină sunt adesea pozitive pentru drogurile opiacee la indivizii cu dependență de opiacee. Testele urinare rămân pozitive pentru cele mai multe opiacee timp de 12–36 ore după administrare. Opiaceele cu durată de acțiune mai lungă (de ex., metadona și LAAM) pot fi identificate în urină timp de mai multe zile. Fentanylul nu este detectat prin testele urinare standard, dar poate fi identificat prin metode mai specializate. Evidențierea prin probe de laborator a prezenței altor substanțe (de ex., cocaină, marihuana, alcool, amfetamine, benzodiazepine) este frecventă. Testele de explorare pentru hepatita A, B

și C sunt pozitive pentru nu mai puțin de 80%-90% dintre uzeurii intravenos, fie pentru antigenul hepatitei (semnificând o infecție activă), fie pentru anticorpul hepatitei (semnificând o infecție în trecut). Probe funcționale hepatice ușor crescute sunt frecvente, fie ca rezultat al unei hepatite pe cale de rezolvare, fie prin leziuni toxice ale ficatului datorate contaminanților care au fost amestecați cu opiaceul injectat. Modificări subtile în patternurile de secreție a cortizolului și reglării temperaturii corpului au fost observate în până la 6 luni după dezintoxicarea de opiacee.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Uzul acut și uzul cronic de opiacee sunt asociate cu lipsa secrețiilor, cauzând uscarea gurii și nasului, încetinirea activității gastrointestinale și constipație. Acuitatea vizuală poate fi deteriorată ca rezultat al constricției pupilare. La indivizii care uzează de opiacee intravenos, venele sclerozate ("tracks") și semnele înțepăturilor de pe părțile inferioare ale extremităților superioare sunt frecvente. Uneori venele sunt așa de rău sclerozate că apar edeme periferice, iar indivizii trec la venele picioarelor, gâtului sau regiunii inghinale. Când și aceste vene devin inutilizabile ori inaccesibile, indivizii se injectează adesea direct în țesutul subcutanat („skin-popping") ducând la apariția de celulite, abcese, cicatrici circulare după vindecarea leziunilor cutanate. Tetanusul și infecția cu *Clostridium botulinum* sunt complicații relativ rare, dar extrem de severe ale injectării de opiacee, în special cu ace contaminate. De asemenea, pot surveni infecții și în alte organe și includ endocardita, hepatita și infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV). Tuberculoza este o problemă extrem de serioasă printre indivizii care uzează de droguri pe cale intravenoasă, în special la cei dependenți de heroină. Infecția cu bacilul tuberculozei este de regulă asimptomatică și se evidențiază numai prin prezența unui test cutanat pozitiv la tuberculină. Oricum, multe cazuri de tuberculoză activă au fost constatate, în special la cei care sunt infectați cu HIV. Acești indivizi au adesea o infecție căpătată de curând, dar, de asemenea, este posibil să prezinte o reactivare a unei infecții anterioare din cauza deteriorării funcției imunitare. Persoanele care prizează heroină sau alte opiacee („snorting") prezintă adesea o iritație a mucoasei nasale, asociată uneori cu perforarea septului nazal. Dificultățile în funcționarea sexuală sunt frecvente. Bărbații prezintă adesea o disfuncție erectilă în cursul intoxicației sau uzului cronic. Femeile au în mod frecvent perturbări ale funcției de reproducere și menstruații neregulate.

Incidența infecției HIV este mare printre indivizii care uzează de droguri intravenos, un mare procent dintre aceștia fiind indivizi cu dependență de opiacee. Astfel, s-a constatat că procentele infecției cu HIV sunt de peste 60% printre persoanele dependente de heroină din unele zone ale Statelor Unite.

Pe lângă infecții, cum ar fi celulita, hepatita, HIV, tuberculoza, endocardita, dependența de opiacee este asociată cu o rată de mortalitate foarte mare, de peste 1,5%-2% pe an. Moartea survine cel mai adesea prin supradozare, accidente, traumatisme sau alte complicații medicale. Accidentele și vătămările datorate violenței cu care este asociată cumpărarea și vinderea de droguri sunt frecvente. În unele zone, violența explică mai multe morți în legătură cu opiaceele decât supradozarea sau infecția cu HIV. Dependența fiziologică de opiacee poate surveni la aproape jumătate dintre sugarii născuți din femeile cu dependență de opiacee; aceasta poate produce un sindrom de abstinență severă necesitând tratament medical. Deși greutatea scăzută la naștere este, de asemenea, observată la copii mamelor cu dependență de opiacee, aceasta nu este de regulă marcată și în general nu este asociată cu consecințe adverse serioase.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Începând din 1920, în Statele Unite, membrii unor grupuri minoritare trăind în zone deprivate economic sunt suprareprezentați printre persoanele cu dependență de opiacee. Cu toate acestea, în ultima parte a anilor 1800 și începutul anilor 1900, dependența de opiacee era întâlnită mai frecvent printre indivizii albi din clasa de mijloc, în special printre femei, sugerând că diferența în uz reflectă disponibilitatea de droguri opiacee și alți factori sociali. Personalul medical care are acces ușor la opiacee poate prezenta un risc crescut pentru abuzul și dependența de opiacee.

Înaintarea în etate pare a fi asociată cu o scădere a prevalenței. Această tendință a dependenței de a se remite începe în general după etatea de 40 de ani și a fost denumită „terminarea maturizării" (maturing out). Cu toate acestea, multe persoane au rămas dependente de opiacee timp de 50 de ani sau mai mult. Bărbații sunt afectați mai frecvent, raportul bărbați/femei fiind de regulă de 1,5:1 pentru alte opiacee decât heroina (adică, accesibile pe bază de prescripție medicală) și de 3:1 pentru heroină.

## Prevalență

O anchetă națională din anul 1996 referitoare la uzul de droguri raporta că 6,7% dintre bărbații și 4,5% dintre femeile din Statele Unite recunosc că au făcut cândva uz de un amedicament analgezic într-alt mod decât în cel în care a fost prescris acesta, incluși fiind 2% care au făcut uz de aceste droguri anul trecut, și aproximativ 1% care au făcut uz de aceste droguri luna trecută. Uzul inadecvat din punct de vedere medical al analgezicelor are cea mai mare prevalență pe viață a sa printre indivizii în etate de 18 și 25 ani (9%), cu 5% din acest grup de etate recunoscând că au făcut cândva uz de drog în cursul anului trecut și cu 2% recunoscând că au făcut uz de drog luna trecută. Prevalența pe viață pentru heroină a fost în jur de 1%, cu 0,2% luând drog în cursul anului trecut. O anchetă din 1997 referitoare la uzul de drog printre elevii de liceu a raportat că în jur de 2% dintre elevii din ultimul an au luat cândva heroină, iar 10% că au făcut uz în mod inadecvat de alte „analgezice". Aceste procente pe viață ale heroinei printre elevii din ultimul an de liceu sunt mai mari decât procentele din anii 1990 și 1994 (1,3% și respectiv, 1,2%) și reprezintă cele mai mari cifre de la procentul de peste 2% din 1975.

Deoarece anchetele au evaluat mai curând patternuri de uz decât tulburări, nu se știe câți dintre cei care au făcut uz de analgezice sau de heroină au avut simptome care satisfac criteriile pentru dependență sau abuz. Un studiu comunitar efectuat în Statele Unite din 1980 până în 1985 și care a utilizat criteriile mai strict definite ale DSM–III constată că 0,7% din populația adultă a prezentat la un moment dat în viață dependență sau abuz de opiacee. Dintre indivizii cu dependență sau abuz, 18% au relatat uz în ultima lună, iar 42% au relatat că au avut o problemă cu opiaceele în ultimul an.

## Evoluție

Dependența de opiacee poate începe la orice etate, dar problemele asociate cu uzul de opiacee sunt observate pentru prima dată cel mai frecvent în ultima parte a adolescenței sau la începutul celei de-a treia decade. Odată apărută, dependența se continuă o perioadă de mulți ani, chiar dacă sunt frecvente scurte perioade de abstinență. Recăderea după abstinență este frecventă. Deși survin recăderi, iar unele procente de mortalitate pe termen lung au fost raportate ca fiind de peste 2%

pe an, aproximativ 20-30% dintre indivizii cu dependență de opiacee devin abstinenți pe termen lung. O excepție de la cursul cronic caracteristic al dependenței de opiacee a fost observată la militarii care au devenit dependenți de opiacee în Vietnam. La întoarcerea în Statele Unite, mai puțin de 10% dintre cei care erau dependenți de opiacee au recăzut, deși ei prezentau procente crescute de dependență de alcool sau de amfetamine. Există puține date disponibile despre evoluția abuzului de opiacee.

### Pattern familial

Membrii de familie ai indivizilor cu dependență de opiacee este posibil să aibă nivele mai mari de pshihopatologie, în special o incidență crescută a altor tulburări în legătură cu o substanță și a personalității antisociale.

### Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de opiacee pot fi caracterizate prin simptome (de ex., dispoziție depresivă) care amintesc de tulburările mentale primare (de ex., distimie versus tulburarea afectivă indusă de opiacee, cu elemente depresive, cu debut în cursul intoxicației). Vezi pag. 210 pentru discutarea acestui diagnostic diferențial. Este puțin probabil ca opiaceele să producă alte simptome de perturbare mentală decât cele mai multe droguri de abuz. **Intoxicația alcoolică** și **intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice** pot cauza un tablou clinic asemănător intoxicației cu opiacee. Un diagnostic de intoxicație alcoolică sau de intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice poate fi făcut pe baza absenței constricției pupilare sau pe lipsa de răspuns la provocarea cu naloxonă. În unele cazuri, intoxicația se poate datora atât opiaceelor, cât și alcoolului sau altor sedative. În aceste cazuri, provocarea cu naloxonă nu va anula toate efectele sedative. Anxietatea și neliniștea asociate cu abstinența de opiacee seamănă cu simptomele întâlnite în **abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice**. Însă, abstinența de opiacee este acompaniată, de asemenea, de rinoree, lăcrimare și dilatație pupilară care nu se observă în abstinența tip de sedative. Pupile dilatate se observă, de asemenea, în **intoxicația cu halucinogene, intoxicația cu amfetamină** și **intoxicația cu cocaină**. Alte semne sau simptome ale abstinenței de opiacee, cum ar fi greața, voma, diareea, crampele abdominale sau lăcrimarea nu sunt însă prezente. Intoxicația cu opiacee și abstinența de opiacee se disting de **alte tulburări induse de opiacee** (de ex., tulburarea afectivă indusă de opiacee, cu debut în cursul intoxicației), deoarece simptomele din acestea din urmă sunt în exces față de cele asociate de regulă cu intoxicația cu opiacee sau cu abstinența de opiacee și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## 292.9 Tulburare în legatură cu Opiaceele Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu opiaceele fară altă specificație este rezervată tulburărilor asociate cu uzul de opiacee care nu sunt clasificabile ca dependență de opiacee, abuz de opiacee, intoxicație cu opiacee, abstinență de opiacee, delirium prin intoxicație cu opiacee, tulburare psihotică indusă de opiacee sau tulburare de somn indusă de opiacee.

# Tulburările în legătură cu Phencyclidina (sau cu substanțe similare Phencyclidinei)

Phencyclidinele (sau substanțele similare phencyclidinei) includ phencyclidina (PCP, Sernylan) și compușii cu acțiune similară, dar mai puțin potenți, cum este ketamina (ketalar, ketaject), cyclohexamina și dizocilpina. Aceste substanțe au apărut inițial ca anestezice disociative în anii '50 și au devenit droguri de stradă în anii '60. Ele pot fi luate oral sau administrate intravenos, ori pot fi fumate. Phencyclidina (vândută ilicit sub diverse nume precum PCP, hog, tranq, angel dust, PeaCe Pill) este substanța din această clasă de care se abuzează cel mai mult.

Această secțiune conține discuțiile specifice tulburărilor în legătură cu phencyclidina. Textele și seturile de criterii pentru aspectele generale ale dependenței de o substanță (pag. 192) și abuzului de o substanță (pag. 198) au fost deja prezentate și se aplică tuturor substanțelor. Aplicarea acestor criterii generale la dependența și abuzul de phencyclidină este prezentată mai jos. Nu există însă seturi de criterii exclusiv pentru dependența și abuzul de phencyclidină. Un text și un set de criterii specifice pentru intoxicația cu phencyclidină este, de asemenea, prezentat mai jos. Deși pot apare simptome de abstinență de phencyclidină, semnificația lor clinică este incertă, iar un diagnostic de abstinență de phencyclidină nu este inclus în acest manual. Tulburările induse de phencyclidină (altele decât intoxicația cu phencyclidină) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea psihotică indusă de phencyclidină este inclusă in secțiunea „Schizofrenia și alte tulburări psihotice"). Mai jos sunt menționate tulburările uzului de phencyclidină și tulburările induse de phencyclidină.

## Tulburările uzului de phencyclidină

**304.90** **Dependența de phencyclidină** (vezi pag. 279)
**305.90** **Abuzul de phencyclidină** (vezi pag. 279)

## Tulburările induse de phencyclidină

**292.89** **Intoxicația cu phencyclidină (vezi pag. 280).** *De specificat dacă*: Cu perturbări de percepție
**292.81** **Deliriumul prin intoxicație cu phencyclidină** (vezi pag. 143)
**292.11** **Tulburarea psihotică indusă de phencyclidină, cu idei delirante** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
**292.13** **Tulburarea psihotică indusă de phencyclidină, cu halucinații** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
**292.84** **Tulburarea afectivă indusă de phencyclidină** (vezi pag. 405). *De specificat dacă* : Cu debut în cursul intoxicației
**292.89** **Tulburarea anxioasă indusă de phencyclidină** (vezi pag. 479). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației
**292.9** **Tulburare în legătură cu phencyclidina fără altă specificație** (vezi pag. 283)

# *Tulburările Uzului de Phencyclidină*

## 304.60 Dependența de Phencyclidină

A se consulta, de asemenea, textul și setul de criterii pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192). Unele dintre criteriile generale ale dependenței de o substanță nu se aplică la phencyclidină. Deși „dorința ardentă de drog" a fost relatată de indivizii cu uz excesiv, nici toleranța și nici simptomele de abstinență nu au fost demonstrate clar la oameni (deși ambele au fost observate ca apărând în studiile pe animale). De regulă, phencyclidina nu este dificil de obținut, iar indivizii cu dependență de phencyclidină o fumează adesea de cel puțin 2–3 ori pe zi, deci pierd destul de mult timp uzând de substanță și experiențându-i efectele. Uzul de phencyclidină poate continua în disprețul prezenței problemelor de ordin psihologic (de ex., dezinhibiție, anxietate, furie, agresiune, panică, flashbacks-uri) sau medical (de ex., hipertermie, hipertensiune, crize epileptice) pe care individul știe că sunt provocate de substanță. Indivizii cu dependență de phencyclidină pot prezenta reacții comportamentale periculoase datorate lipsei conștiinței maladiei și judecății în timp ce sunt intoxicați. Comportamentul agresiv implicând bătaia a fost identificat ca un efect advers extrem de problematic al phencyclidinei. Ca și în cazul halucinogenelor, reacțiile adverse la phencyclidină pot fi mai frecvente printre indivizii cu tulburări mentale preexistente.

### Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați unui diagnostic de dependență (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisiune parțială prelungită**
**Într-un mediu controlat**

## 305.90 Abuzul de Phencyclidină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abuzul de o substanță (vezi pag. 198). Deși indivizii care abuzează de phencyclidină fac uz de substanță mult mai rar decât cei cu dependență, ei pot eșua în mod repetat în îndeplinirea obligațiilor rolului major la școală, la serviciu ori acasă, din cauza intoxicației cu phencyclidină. Indivizii pot utiliza phencyclidina în situații în care acest lucru este periculos fizic (de ex., în timp ce manipulează un utilaj sau conduc o motocicletă ori un automobil). Pot apare dificultăți legale datorită posedării de phencyclidină sau comportamentelor rezultând din intoxicație (de ex., încăierări). Pot exista probleme sociale sau interpersonale recurente din cauza comportamentului individului în timp ce este intoxicat sau datorită stilului de viață haotic, problemelor legale multiple ori certurilor cu persoane importante.

# Tulburările induse de Phencyclidină

## 292.89 Intoxicația cu Phencyclidină

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru intoxicația cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației cu phencyclidină îl constituie prezența unor modificări comportamentale dezadaptive semnificative clinic (de ex., conflictualitate, agresivitate, impulsivitate, imprevizibilitate, agitație psihomotorie, deteriorarea judecății sau deteriorarea funcționării sociale sau profesionale) care apar în cursul ori la scurt timp după uzul de phencyclidină (ori de o substanță similară) (criteriile A și B). Aceste modificări sunt acompaniate de două sau mai multe dintre următoarele semne care apar în decurs de o oră de la uzul de substanță (sau mai puțin, când este fumată, „prizată" sau administrată intravenos): nistagmus vertical sau orizontal, hipertensiune sau trahicardie, anestezie sau diminuarea reactivității la durere, ataxie, dizartrie, rigiditate musculară, convulsii sau comă și hiperacuzie (criteriul C). Simptomele nu trebuie să fie datorate unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul D).

Semnele și simptomele specifice sunt în raport cu doza. Dozele mai mici de phencyclidină produc vertij, ataxie, nistagmus, hipertensiune ușoară, mișcări involuntare anormale, dizartrie, greață, astenie, timpi de reacție încetiniți, euforie sau aplatizare afectivă, locvacitate și lipsă de interes. Dezorganizarea gîndirii, modificarea imaginii corporale și a percepției senzoriale, depersonalizarea și sentimentele de irealitate survin la doze intermediare. Dozele mai mari produc amnezie și comă cu analgezie suficientă pentru o intervenție chirurgicală, iar convulsiile cu depresie respiratorie survin la dozele cele mai mari. Efectele încep aproape imediat după administrarea intravenoasă sau fumat și ating picul în decurs de câteva minute. După administrarea orală picul efectelor este atins în decurs de aproximativ două ore. În intoxicațiile mai ușoare, efectele dispar după 8–20 de ore, pe când semnele intoxicațiilor severe pot persista mai multe zile. Tulburarea psihotică indusă de phencyclidină (pag. 338) poate persista timp de săptămâni.

### Specificant

Următorul specificant poate fi aplicat diagnosticului de intoxicație cu phencyclidină:

> **Cu perturbări de percepție.** Acest specificant poate fi notat când apar halucinații cu testarea realității intactă ori iluzii auditive, vizuale sau tactile în absența delirimului. *Testarea realității intactă* înseamnă că persoana știe că halucinațiile sunt induse de substanță și nu reprezintă realitatea externă. Când halucinațiile survin în absența unei *testări a realității intacte*, trebuie luat în considerare diagnosticul de tulburare psihotică indusă de o substanță, cu halucinații.

### Criteriile de diagnostic pentru 292.89 Intoxicația cu Phencyclidină

A. Uz recent de phencyclidină (ori de o substanță afină).

B. Modificări comportamentale dezadaptive semnificative clinic (de ex., beligerantă, agresivitate, impulsivitate, imprevizibilitate, agitație psihomotorie, deteriorarea judecății sau a funcționări sociale sau profesionale) care apar în cursul sau la puțin timp după uzul de phencyclidină.

C. În decurs de o oră (sau mai puțin când substanța este fumată, „prizată" sau administrată intravenos), două (sau mai multe) dintre următoarele semne:

(1) nistagmus vertical sau orizontal;
(2) hipertensiune sau tahicardie;
(3) anestezie sau diminuarea reactivității la durere;
(4) ataxie;
(5) dizartrie;
(6) rigiditate musculară;
(7) crize epileptice sau comă;
(8) hiperacuzie.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

*De specificat dacă:*

**Cu perturbări de percepție**

## Alte Tulburări induse de Phencyclidină

Următoarele tulburări induse de phencyclidină sunt descrise în alte secțiuni ale manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia: **deliriumul indus de intoxicația cu phencyclidină** (pag. 143), **tulburarea psihotică indusă de phencyclidină** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de phencyclidină** (pag. 405), **tulburarea anxioasă indusă de phencyclidină** (pag. 479). Aceste tulburări sunt diagnosticate în locul intoxicației cu phencyclidină numai când simptomele sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație cu phencyclidină și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## *Informații suplimentare despre Tulburările în legătură cu Phencyclidina*

### Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Deși indivizii cu intoxicație cu phencyclidină pot rămâne alerți și orientați, ei pot prezenta delirium, comă, simptome psihotice sau mutism cu atitudini catatonice. Intoxicațiile repetate pot duce la probleme în legătură cu serviciul, cu familia sau la probleme sociale ori legale. Pot

surveni violența, agitația și comportamentul bizar (de ex., vagabondajul confuz). Indivizii cu dependență sau abuz de phencyclidină pot relata spitalizări repetate determinate de intoxicație, consultații la camerele de gardă și arestări pentru comportament confuz sau bizar, sau pentru încăierări. Tulburarea de conduită la adolescenți și tulburarea de personalitate antisocială la adulți pot fi asociate cu uzul de phencyclidină. Dependența de alte substanțe (în special de cocaină, alcool și amfetamine) este frecventă printre cei care au dependență de phencyclidină.

**Date de laborator asociate.** Phencyclidina (sau o substanță afină) este prezentă în urina indivizilor care sunt intoxicați acut cu una dintre aceste substanțe. Substanța poate fi detectată în urină timp de mai multe săptămâni după încetarea unui uz prelungit sau cu doze foarte mari, din cauza solubilității sale mari în lipide. Phencyclidina poate fi detectată mai ușor în urina acidă. Creatinfosfokinaza (CPK) și transaminaza glutamic-oxalacetică serică (TGOS) sunt adesea crescute, reflectând afectarea mușchilor.

**Datele examenului somatic și condițiile medicale generale asociate.** Intoxicația cu phencyclidină produce o toxicitate cardiovasculară și neurologică marcată (de ex., crize epileptice, distonii, diskinezii, catalepsie și hipotermie sau hipertermie). Deoarece aproape jumătate dintre indivizii cu intoxicație cu phencyclidină prezintă nistagmus sau presiune sanguină crescută, aceste semne somatice pot fi utile în depistarea useurilor de phencyclidină La cei cu dependență sau abuz de phencyclidină poate exista proba corporală a leziunilor produse prin accidente, bătăi și căderi. Urmele acelor (punctiilor venoase), hepatita, maladia cu virusul imunodeficienței umane (HIV) și endocardita bacteriană pot fi constatate printre puținii indivizi care-și administrează phencyclidina intravenos. A fost descrisă, de asemenea, înecarea, chiar cu cantități mici de apă. Problemele respiratorii apar odată cu apneea, bronhospasmul, bronhoreea, aspirația din timpul comei și hipersalivației. Rabdomioliza cu deteriorare renală este întâlnită în aproximativ 2% dintre indivizii care solicită asistență medicală de urgență. Stopul cardiac este o eventualitate rară.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Prevalența problemelor în legătură cu phencyclidina pare a fi mai mare printre bărbați (aproximativ de două ori), printre cei în etate de 20 până la 40 ani și printre minoritățile etnice (aproximativ de două ori). Bărbații constituie aproximativ trei pătrimi dintre cei consultați la camera de gardă în legătură cu phencyclidina.

## Prevalență

Medicii legiști relatează că la scară națională phencyclidina este implicată în aproximativ 3% dintre decesele asociate cu uzul de o substanță. Phencyclidina este menționată ca problemă în aproximativ 3% dintre consultațiile de la camera de gardă în legătură cu o substanță. Conform unei anchete naționale din 1996 referitoare la uzul de drog în Statele Unite, mai mult de 3% dintre cei în etate de 12 ani și peste au recunoscut că au făcut cândva uz de phencyclidină, iar 0,2%, că au făcut uz anul trecut. Cea mai înaltă prevalență pe viață a fost constatată la cei în etate de 26-34 ani (4%), pe când cel mai mare procent de useuri de phencyclidină anul trecut (0,7%) a fost constatat la cei în etate de 12-17 ani. Trebuie reținut că

deoarece aceste anchete au măsurat patternuri de uz și nu tulburări, nu se știe câți dintre useurii de phencyclidină incluși în anchetă au satisfăcut criteriile pentru dependență sau abuz. Prevalența dependenței sau abuzului de phencyclidină în populația generală este necunoscută.

## Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de phencyclidină pot fi caracterizate prin simptome (de ex., dispoziție depresivă) care amintesc de **tulburările mentale primare** (de ex., tulburarea depresivă majoră versus tulburarea afectivă indusă de phencyclidină, cu elemente depresive, cu debut în cursul intoxicației). Vezi pag. 210 pentru discutarea acestui diagnostic diferențial. Episoadele recurente de simptome psihotice sau afective datorate intoxicației cu phencyclidină pot mima **schizofrenia sau tulburările afective**. Istoricul și probele de laborator ale uzului de phencyclidină stabilesc rolul substanței, dar nu exclud apariția concomitentă a altor tulburări mentale primare. Debutul rapid al simptomelor, prezența deliriumului sau observarea nistagmusului sau hipertensiunii sugerează, de asemenea, mai curând intoxicația cu phencyclidină decât schizofrenia, dar uzul de phencyclidină poate induce episoade psihotice acute la indivizii cu schizofrenie preexistentă. Rezoluția rapidă a simptomelor și absența unui istoric de schizofrenie pot ajuta la această diferențiere. Violența în legătură cu drogul sau deteriorarea judecății pot apare concomitent cu, sau pot mima aspecte ale **tulburării de conduită** ori ale **tulburării de personalitate antisocială.** Absența problemelor comportamentale înaintea debutului uzului de substanță sau în cursul abstinenței, poate ajuta la clarificarea acestei diferențieri.

Phencylidina și substanțele afine pot produce perturbări de percepție (de ex., lumini scintilante, perceperea de sunete, iluzii sau imagini vizuale organizate) pe care persoana le recunoaște de regulă ca rezultând din uzul de drog. Dacă testarea realității rămâne intactă, iar persoana nu crede că percepțiile sunt reale și nici nu acționează conform lor, este menționat specificantul „cu perturbări de percepție" pentru intoxicația cu phencyclidină. Dacă testarea realității este deteriorată, trebuie luat în considerație diagnosticul de **tulburare psihotică indusă de phencyclidină.**

Diferențierea intoxicației cu phencyclidină de intoxicațiile cu alte substanțe (cu care adesea coexistă) depinde de istoricul luării substanței, de prezența itemilor caracteristici (de ex., nistagmus și hipertensiune ușoară) și de testele toxicologice pozitive în urină. Indivizii care uzează de phencyclidină, uzează la fel de bine și de alte droguri, și de aceea abuzul și dependența comorbidă de alte droguri trebuie luată în considerație. Intoxicația cu phencyclidină se distinge de **alte tulburări induse de phencyclidină** (de ex., tulburarea afectivă indusă de phencyclidină cu debut în cursul intoxicației), prin aceea că în aceste din urmă tulburări, simptomele sunt în exces față de cele asociate de regulă cu intoxicația cu phencyclidină și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

# 292.9 Tulburare în legătură cu Phencyclidina Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu phencyclidina fără altă specificație este rezervată tulburărilor asociate cu uzul de phencyclidină care nu sunt clasificabile

ca dependență de phencyclidină, abuz de phencyclidină, intoxicație cu phencyclidină, delirium prin intoxicație cu phencyclidină, tulburare psihotică indusă de phencyclidină, tulburare afectivă indusă de phencyclidină sau tulburare anxioasă indusă de phencyclidină.

## Tulburările în legătură cu Sedativele, Hipnoticele sau Anxioliticele

Substanțele sedative, hipnotice și anxiolitice (antianxioase) includ benzodiazepinele, medicamentele similare benzodiazepinelor, cum ar fi zolpidemul și zaleplonul, carbamații (de ex., glutetimida, meprobamatul), barbituricele (de ex., secobarbitalul) și hipnoticele similare barbituricelor (de ex., glutetimida, methaqualona). Această clasă de substanțe include medicamentele prescrise pentru somn și aproape toate medicamentele prescrise ca anxiolitice. Agenții anxiolitici nondiazepinici (de ex., buspirona, gepirona) nu sunt incluși în această clasă. Unele medicamente din această clasă au și alte utilizări clinice importante (de ex., ca anticonvulsivante). Ca și alcoolul, acești agenți sunt deprimante cerebrale și pot produce tulburări similare celor induse de o substanță sau datorate uzului de o substanță. În doze mari, sedativele, hipnoticele și anxioliticele pot fi letale, în special când sunt combinate cu alcoolul. Sedativele, hipnoticele și anxioliticele sunt accesibile, atât pe bază de prescripție medicală, cât și din surse ilegale. Ocazional, indivizii care obțin aceste substanțe pe bază de prescripție medicală vor abuza de ele; din contra, unii dintre cei care-și procură substanțele din această clasă „de pe stradă" nu dezvoltă dependență sau abuz. Medicamentele cu debut rapid al acțiunii lor și/sau cu durată de acțiune scurtă ori intermediară pot fi extrem de vulnerabile în a se abuza de ele.

Această secțiune conține comentarii specifice referitoare la tulburările în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele. Textele și seturile de criterii pentru definirea aspectelor generale ale dependenței de o substanță (pag. 192) și abuzului de o substanță (pag. 198) care se aplică tuturor substanțelor au fost deja prezentate. Textele specifice dependenței și abuzului de sedative, hipnotice sau anxiolitice sunt prevăzute mai jos; nu există însă criterii specifice exclusiv pentru dependența de sedative, hipnotice sau anxiolitice ori pentru abuzul de sedative, hipnotice sau anxiolitice. Texte și seturi de criterii specifice pentru intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice și pentru abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice sunt, de asemenea, prevăzute mai jos. Tulburările induse de sedative, hipnotice sau anxiolitice (altele decât intoxicația și abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au în comun fenomenologia (de ex., tulburarea anxioasă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice este inclusă în secțiunea „Tulburările Anxioase"). Mai jos, sunt listate tulburările uzului de sedative, hipnotice sau anxiolitice și tulburările induse de sedative, hipnotice sau anxiolitice.

### Tulburările uzului de sedative, hipnotice sau anxiolitice

304.10 **Dependența de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 285)

304.10 **Abuzul de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 286)

## Tulburările induse de sedative, hipnotice sau anxiolitice

292.89 **Intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 286)

292.0 **Abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 287)
*De specificat dacă:* Cu perturbări de percepție

292.81 **Deliriumul prin intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 143)

292.81 **Deliriumul prin abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 143)

292.82 **Demența persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 168)

292.83 **Tulburarea amnestică persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 177)

292.10 **Tulburarea psihotică indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice, cu idei delirante** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

292.11 **Tulburarea psihotică indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice, cu halucinații** (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

292.84 **Tulburarea afectivă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 405) *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

292.89 **Tulburarea anxioasă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 479). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul abstinenței

292.89 **Disfuncția sexuală indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 562) *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației

292.89 **Tulburarea de somn indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (vezi pag. 655). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

292.89 **Tulburare în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele fără altă specificație** (vezi pag. 293)

# *Tulburările Uzului de Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice*

## 304.10 Dependența de Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru dependența de o substanță (vezi pag. 192) și tulburările în legătură cu alcoolul (vezi pag. 212). La sedative, hipnotice sau anxiolitice se pot dezvolta nivele foarte semnificative de dependență fiziologică marcată, atât prin toleranță, cât și prin abstinență. Debutul și severitatea sindromului de abstinență va diferi în funcție de substanța specifică și farmacocinetica și farmacodinamica sa. De exemplu, abstinența de substanțele cu acțiune mai scurtă, care sunt rapid absorbite și care nu au metaboliți activi (de ex., triazolamul), poate începe în decurs de câteva ore după ce substanța a fost stopată; abstinența de substanțele cu metaboliți cu durată lungă de acțiune (de ex., diazepamul) poate să nu înceapă timp de 1–2 zile sau mai mult. Sindromul de

abstinență produs de substanțele din această clasă poate fi caracterizat prin apariția unui delirium care poate fi amenințător pentru viață. Poate exista proba toleranței și abstinenței în absența unui diagnostic de dependență de substanță la un individ care întrerupe brusc benzodiazepinele care erau luate de mult timp în dozele terapeutice prescrise. Un diagnostic de dependență de substanță trebuie să fie luat în considerație numai când, pe lângă faptul că are dependență fiziologică, individul care uzează de substanță prezintă proba unei serii de probleme (de ex., un individ care a dezvoltat un comportament de căutare a drogului într-o așa măsură, că activități importante sunt abandonate sau reduse spre a obține substanța).

### Specificanți

Următorii specificanți pot fi aplicați unui diagnostic de dependență de sedative, hipnotice sau anxiolitice (vezi pag. 195 pentru mai multe detalii):

**Cu dependență fiziologică**
**Fără dependență fiziologică**

**Remisiune completă precoce**
**Remisiune parțială precoce**
**Remisiune completă prelungită**
**Remisiune parțială prelungită**
**Într-un mediu controlat**

## 305.40 Abuzul de Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abuzul de o substanță (vezi pag. 198). Abuzul de substanțele din această clasă poate surveni numai la ele sau în combinație cu uzul altor substanțe. De exemplu, indivizii pot utiliza doze intoxicante de sedative sau de benzodiazepine pentru „a-și reveni" din efectele cocainei sau amfetaminei, ori uzează de doze mari de benzodiazepine în combinație cu metadonă pentru a-i „intensifica" efectele. Abuzul de substanțe din această clasă poate duce la uz în situații periculoase, cum ar fi obținerea stării de „exaltare" atunci când conduce. Individul poate absenta de la serviciu sau de la școală, ori își neglijează obligațiile de familie sau ajunge la certuri cu soția ori cu părinții în legătură cu episoadele de uz de substanță. Când aceste probleme sunt însoțite de proba toleranței, abstinenței sau comportamentului compulsiv în legătură cu uzul de sedative, hipnotice sau anxiolitice, trebuie luat în considerație diagnosticul de dependență de sedative, hipnotice sau anxiolitice.

# *Tulburările induse de Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice*

## 292.89 Intoxicația cu Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile intoxicației cu o substanță (vezi pag. 199). Elementul esențial al intoxicației cu sedative, hipnotice sau anxiolitice îl

constituie prezența unor modificări comportamentale sau psihologice dezadaptive semnificative clinic (de ex., comportament sexual inadecvat sau agresiv, labilitatea dispoziției, deteriorarea judecății, deteriorarea funcționării sociale sau profesionale) care apar în cursul ori la scurt timp după uzul unei substanțe sedative, hipnotice sau anxiolitice (criteriile A și B). Ca și în cazul altor deprimante cerebrale, aceste comportamente pot fi acompaniate de dizartrie, mers nesigur, nistagmus, probleme de memorie sau de atenție, nivele de incoordonare, care pot interfera cu capacitatea de a conduce și cu efectuarea activităților uzuale până la punctul de a cauza căderi sau accidente de automobil, și stupor sau comă (criteriul C). Deteriorarea memoriei este un element notabil al intoxicației cu sedative, hipnotice sau anxiolitice și este caracterizată cel mai frecvent printr-o amnezie anterogradă care amintește de „blackouts-urile alcoolice", care poate fi foarte disturbantă pentru individ. Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul D). Intoxicația poate surveni la indivizi care primesc aceste substanțe pe bază de prescripție medicală sau care le împrumută de la amici sau rude, ori iau în mod deliberat substanța spre a se intoxica.

### Criteriile de diagnostic pentru 292.89 Intoxicația cu Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice

A. Uz recent de un sedativ, hipnotic sau anxiolitic.

B. Modificări comportamentale sau psihologice dezadaptive, semnificative clinic (de ex., comportament sexual inadecvat sau agresiv, labilitatea dispoziției, deteriorarea judecății, deteriorarea funcționării sociale sau profesionale) care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de sedative, hipnotice sau anxiolitice.

C. Unul (sau mai multe) dintre următoarele semne care apar în cursul sau la scurt timp după uzul de sedative, hipnotice sau anxiolitice:

(1) dizartrie;
(2) incoordonare;
(3) mers nesigur;
(4) nistagmus;
(5) deteriorarea atenției și memoriei;
(6) stupor sau comă.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## 292.0 Abstinența de Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice

A se consulta, de asemenea, textul și criteriile pentru abstinența de o substanță (vezi pag. 201). Elementul esențial al abstinenței de sedative, hipnotice sau anxiolitice îl constituie prezența unui sindrom caracteristic care apare după o reducere marcată sau încetare a administrării, după câteva săptămâni sau mai mult de uz regulat (criteriile A și B). Acest sindrom de abstinență este caracterizat prin două sau mai multe simptome

(similare abstinenței alcoolice) care includ hiperactivitatea vegetativă (de ex., creșterea ritmului cardiac, ritmului respirator, presiunii sanguine sau temperaturii corpului, împreună cu transpirația), tremorul mâinilor, insomnia, anxietatea și greața, acompaniată uneori de vomă, și agitația psihomotorie. O criză de grand mal poate surveni probabil la nu mai puțin de 20%–30% dintre indivizii care suferă de abstinență netratată de aceste substanțe. În abstinența severă, pot surveni halucinații sau iluzii vizuale, tactile sau auditive, dar sunt uzuale în contextul unui delirium. Dacă persoana are testarea realității intactă (adică, știe că substanța este aceea care cauzează halucinațiile), iar iluziile apar pe fondul unei conștiințe clare, poate fi menționat specificantul „cu perturbări de percepție" (vezi mai jos). Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). Simptomele nu trebuie să se datoreze unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., abstinența de alcool sau anxietatea generalizată) (criteriul D). Ameliorarea simptomelor de abstinență prin administrarea oricărui agent sedativ-hipnotic va susține diagnosticul de abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice.

Sindromul de abstinență se caracterizează prin semne și simptome care sunt în general opusul efectelor acute, care este posibil să fie observate la unul care face pentru prima dată uz de acești agenți. Durata evoluției sindromului de abstinență este în general previzibilă din semiviața substanței. Medicamentele a căror acțiune durează de regulă aproape zece ore sau mai puțin (de ex., lorazepamul, oxazepamul și temazepamul) produc simptome de abstinență în decurs de 6–8 ore de la scăderea concentrațiilor sanguine, simptome care cresc în intensitate a doua zi și se ameliorează considerabil în a patra sau a cincea zi. Pentru substanțele cu semiviață lungă (de ex., diazepamul) simptomele pot să nu apară decât după mai mult de o săptămână, cresc în intensitate în cursul celei de a doua săptămâni și diminuă considerabil în cursul celei de a treia sau a patra săptămâni. Pot exista simptome suplimentare pe termen lung la nivele de intensitate mult mai reduse care persistă mai multe luni. Ca și în cazul alcoolului, aceste simptome de abstinență care durează mult (de ex., anxietatea, iritabilitatea și tulburările de somn) pot fi luate în mod eronat drept tulburări anxioase sau depresive noninduse de o substanță (de ex., anxietatea generalizată).

Cu cât substanța a fost luată mai mult timp și cu cât a fost mai mare dozajul utilizat, cu atât este mai probabil ca abstinența să fie mai severă. Cu toate acestea, a fost descrisă abstinența la mai puțin de 15 mg de diazepam (sau echivalentul său în alte benzodiazepine) când este luat zilnic timp de mai multe luni. Doze de aproximativ 40 mg de diazepam (sau echivalentul său), zilnic, este foarte posibil să producă simptome de abstinență relevante clinic, iar doze mai mari (de ex., 100 mg de diazepam) este foarte posibil să fie urmate de crize epileptice sau delirium prin abstinență. Deliriumul prin abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice (vezi pag. 143) este caracterizat prin perturbări de conștiință și cognitive, cu halucinații vizuale, tactile sau auditive. Când este prezent, deliriumul prin abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice trebuie să fie diagnosticat în locul abstinenței.

## Specificant

Următorul specificant poate fi aplicat unui diagnostic de abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice:

**Cu perturbări de percepție**. Specificantul poate fi notat când în absența deliriumului, survin halucinații cu testarea realității intactă sau iluzii

auditive, vizuale sau tactile. *Testarea realității intactă* înseamnă că persoana știe că halucinațiile sunt induse de substanță și nu reprezintă realitatea externă. Când halucinațiile apar în absența unei testări a realității intacte, un diagnostic de tulburare psihotică indusă de substanță, cu halucinații, trebuie să fie luat în considerație.

### Criteriile de diagnostic pentru 292.89 Abstinența de Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice

A. Încetarea (sau reducerea) uzului de sedative, hipnotice sau anxiolitice, care a fost excesiv și prelungit.

B. Două (sau mai multe) dintre următoarele simptome care apar în decurs de câteva ore până la câteva zile după criteriul A:

(1) hiperactivitate vegetativă (de ex., transpirație sau frecvența pulsului mai mare de100);
(2) tremor intens al mâinilor;
(3) insomnie;
(4) greață sau vomă;
(5) halucinații sau iluzii vizuale, tactile sau auditive tranzitorii;
(6) agitație psihomotorie;
(7) anxietate;
(8) crize de grand mal.

C. Simptomele de la criteriul B cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de o altă tulburare mentală.

*De specificat dacă:*

**Cu perturbări de percepție**

## Alte Tulburări induse de Sedative, Hipnotice sau Anxiolitice

Următoarele tulburări induse de sedative, hipnotice sau anxiolitice sunt descrise în alte secțiuni ale manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia: **deliriumul prin intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice** (pag. 143), **deliriumul prin abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (pag. 143), **demența persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (pag. 168), **tulburarea amnestică persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (pag. 177), **tulburarea psihotică indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (pag. 338), **tulburarea afectivă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (pag.405), **tulburarea anxioasă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (pag. 479), **disfuncția sexuală indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (pag. 562), și **tulburarea de somn indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice** (pag. 655).

Aceste tulburări sunt diagnosticate în locul intoxicației cu sedative, hipnotice sau anxiolitice ori al abstinenței de sedative, hipnotice sau anxiolitice, numai când simptomele sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

## Informații suplimentare referitoare la Tulburările în legătură cu Sedativele, Hipnoticele sau Anxioliticele

### Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Dependența și abuzul de sedative, hipnotice sau anxiolitice pot fi asociate adesea cu dependența sau abuzul de alte substanțe (de ex., de alcool, cannabis, cocaină, heroină, metadonă, amfetamine). Sedativele sunt utilizate adesea pentru a ușura efectele nedorite ale acestor alte substanțe. Intoxicația acută poate avea drept consecință vătămarea accidentală prin căderi și accidente de automobil. La indivizii mai în etate, chiar uzul pe termen scurt al acestor medicamente sedative în dozele prescrise poate fi asociat cu o creștere a riscului de probleme cognitive și de căderi. Unele date indică faptul că efectele dezinhibante ale acestor agenți pot contribui de fapt, ca și alcoolul, la comportamente excesiv de agresive, cu problemele interpersonale și legale consecutive. Intoxicația intensă sau repetată cu sedative, hipnotice sau anxiolitice poate fi asociată cu depresii severe care, deși temporare, pot fi suficient de intense pentru a duce la tentative de suicid sau la suicid complet. Pot surveni supradozări accidentale sau deliberate, similare celor observate în abuzul sau dependența de alcool ori în intoxicația alcoolică repetată. În contrast cu larga lor margine de siguranță când sunt utilizate singure, benzodiazepinele luate împreună cu alcool par a fi extrem de periculoase, iar supradozări accidentale au fost descrise. Supradozări accidentale au fost descrise, de asemenea, la indivizii care abuzează deliberat de barbiturice și de alte sedative nondiazepinice (de ex., de methaqualona). Prin uz repetat în căutarea euforiei, apare toleranța la efectele sedative, și progresiv, sunt utilizate doze tot mai mari. Însă, toleranța la efectele depresoare asupra trunchiului cerebral se dezvoltă mult mai lent, iar persoana ia tot mai multă substanță pentru a deveni euforică, și poate surveni subit o depresie respiratorie și o hipotensiune care pot duce la moarte. Comportamentul antisocial și tulburarea de personalitate antisocială se asociază cu dependența și abuzul de sedative, hipnotice sau anxiolitice, în special când substanțele sunt obținute ilegal.

**Date de laborator asociate.** Aproape toate aceste substanțe pot fi identificate prin examenele de laborator ale urinii sau sângelui (ultimele putând cuantifica concentrațiile acestor agenți în organism). Este posibil ca testele urinare să rămână pozitive timp de până la o săptămână sau mai mult după uzul unor substanțe cu durată lungă de acțiune (de ex., flurazepamul).

**Datele examenului somatic și condițiile medicale asociate.** Este posibil ca examenul somatic să reveleze existența unei reduceri ușoare în cele mai multe aspecte ale funcționării sistemului nervos vegetativ, incluzând un puls mai lent, o

diminuare ușoară a frecvenței respiratorii și o scădere ușoară a presiunii sanguine (care apare cel mai probabil la schimbările posturale). Dozele excesive de sedative, hipnotice sau anxiolitice pot fi asociate cu o deteriorare a semnelor vitale care pot semnala o urgență medicală iminentă (de ex., stop respirator prin barbiturice). Mai pot exista consecințe ale traumatismelor (de ex., hemoragie internă sau hematom subdural) din cauza accidentelor care survin în timp ce individul este intoxicat. Uzul intravenos al acestor substanțe poate duce la complicații medicale în legătură cu utilizarea de ace contaminate (de ex., hepatita și infecția cu virusul imunodeficienței umane [HIV]).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Există diferențe considerabile în patternurile de prescriere (și disponibilitate) ale acestei clase de substanțe în diferite țări, care pot duce la diferențe în prevalența tulburărilor în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele. Intoxicația deliberată în scopul obținerii „exaltării" este posibil să fie observată la adolescenți și la indivizii în etate de 20-30 ani. Abstinența, dependența și abuzul sunt, de asemenea, observate la indivizii în etate de 40-50 ani și chiar mai mult, care măresc doza medicamentelor prescrise. Atât efectele toxice acute, cât și cele cronice ale acestor substanțe, în special efectele asupra cunoașterii, memoriei și coordonării motorii, este posibil să crească cu etatea ca urmare a modificărilor farmacodinamice și farmacokinetice în raport cu etatea. La indivizii cu demență este foarte probabil ca intoxicația și deteriorarea funcționării fiziologice să apară la doze mai mici. Femeile pot fi mai expuse riscului de abuz de drog reprezentat de substanțele din această clasă, pe bază de prescripție medicală.

## Prevalență

În Statele Unite, până la 90% dintre indivizii spitalizați pentru tratament medical sau intervenție chirurgicală primesc prescripții pentru medicamente sedative, hipnotice sau anxiolitice în timpul internării lor și mai mult de 15% dintre americanii adulți fac uz de aceste medicamente (de regulă pe bază de prescripție) în cursul fiecărui an. Cei mai mulți dintre acești indivizi iau medicamentele așa cum li se recomandă, fără semne de abuz. Dintre medicamentele din această clasă, benzodiazepinele sunt cele mai mult utilizate, aproximativ 10% dintre adulți luând benzodiazepine timp de cel puțin o lună în cursul anului trecut. Atât în Statele Unite cât și în alte țări, aceste medicamente sunt prescrise de regulă de cei care oferă asistență medicală primară, uzul acestor medicamente prescrise este mai mare la femei și crește cu avansarea în etate.

O anchetă națională efectuată în 1996 referitoare la uzul de droguri indica faptul că în jur de 6% dintre indivizi au recunoscut că au utilizat fie sedative, fie „tranchilizante" ilicite, incluși fiind 0,3% care au relatat uz de sedative ilicite anul trecut și 0,1% care au relatat uz de sedative, luna trecută. Grupul de etate cu cea mai mare prevalență pe viață a sedativelor (0,3%) sau „tranchilizantelor" (6%) a fost cel între 26-34 ani, pe cînd cei în etate de 18-25 ani predomină printre cei care au făcut uz anul trecut.

Deoarece cele mai multe anchete au evaluat mai curând paternuri de uz decât tulburări, nu se știe cât de mulți dintre cei care au făcut uz de substanțe din această clasă au avut simptome care satisfac criteriile pentru dependență sau abuz. O anchetă națională efectuată în 1992 în SUA a raportat o prevalență pe viață pentru abuz și dependență de mai puțin de 1%, inclusiv o prevalență de mai puțin de 0,1% pe 12 luni.

## Evoluție

Cel mai uzual curs implică oamenii tineri în cea de a doua sau cea de a treia decadă a vieții lor, care-și pot crește uzul ocazional de sedative, hipnotice sau anxiolitice până la punctul la care ei dezvoltă probleme care-i pot desemna pentru un diagnostic de dependență sau abuz. Acest pattern poate fi extrem de probabil printre indivizii care au tulburări ale uzului altor substanțe (de ex., în legătură cu alcoolul, opiaceele, cocaina, amfetamina). Un pattern inițial de uz intermitent la partyuri poate duce la uz zilnic și la nivele ridicate de toleranță. Odată ce aceasta survine, este de așteptat să apară o creștere a nivelului de dificultăți interpersonale, de dificultăți la serviciu și legale, precum și a unor episoade din ce în ce mai severe de deteriorare a memoriei și de abstinență fiziologică.

Al doilea curs clinic, mai puțin frecvent observat, începe cu un individ care obține inițial medicamentul pe baza prescripției unui medic, de regulă pentru tratamentul anxietății, insomniei sau acuzelor somatice. Deși marea majoritate a celor care au prescris un medicament din această clasă nu prezintă probleme, un mic număr o face. La acești indivizi, pe măsură ce apare toleranța sau necesitatea de doze tot mai mari de medicament, există o creștere graduală a dozei și frecvenței de autoadministrare. Este posibil ca persoana să continuie să justifice uzul pe baza simptomelor inițiale de anxietate sau de insomnie, dar comportamentul de căutare a substanței poate deveni tot mai evident, iar persoana poate vizita numeroși medici spre a obține cantități suficiente de medicament. Toleranța poate atinge nivele ridicate, și poate surveni abstinența (incluzând crizele epileptice și deliriumul prin abstinență). Alți indivizi cu risc maxim includ pe cei cu dependență de alcool care pot primi prescripții repetate ca răspuns la acuzele lor de anxietate și insomnie în legătură cu alcoolul.

## Diagnostic diferențial

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Tulburările induse de sedative, hipnotice sau anxiolitice pot prezenta simptome (de ex., anxietate) care amintesc de **tulburările mentale primare** (de ex., anxietatea generalizată versus tulburarea anxioasă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice, cu debut în cursul abstinenței). Vezi pag. 210 pentru discutarea acestui diagnostic diferențial.

Intoxicația cu sedative, hipnotice sau anxiolitice seamănă foarte mult cu **intoxicația alcoolică**, exceptând halena alcoolică. La persoanele mai în etate, tabloul clinic al intoxicației poate semăna cu o demență progresivă. În afară de aceasta, dizartria, incoordonarea și alte elemente caracteristice asociate ale intoxicației cu sedative, hipnotice sau anxiolitice pot fi rezultatul unei **condiții medicale generale** (de ex., scleroza multiplă) sau a unui **traumatism cranian anterior** (de ex., un hematom subdural).

**Abstinența alcoolică** produce un sindrom foarte asemănător celui de abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice. Anxietatea, insomnia și hiperactivitatea sistemului nervos vegetativ care sunt o consecință a **intoxicației cu alte droguri** (de ex., stimulante ca amfetamina sau cocaina) și care sunt consecințe ale unor condiții fiziologice (de ex., hipertiroidismul), sau care sunt în raport cu **tulburările anxioase primare** (de ex., panica sau anxietatea generalizată) pot semăna cu unele aspecte ale abstinenței de sedative, hipnotice sau anxiolitice.

Intoxicația și abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice se disting de alte tulburări induse de sedative, hipnotice sau anxiolitice (de ex., tulburarea anxioasă

indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice, cu debut în cursul abstinenței), deoarece simptomele în acestea din urmă sunt în exces față de cele asociate de regulă cu intoxicația sau abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice și sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

Trebuie spus că există indivizi care continuă să ia un medicament benzodiazepinic conform recomandării medicului pentru o indicație medicală legitimă, lungi perioade de timp. Chiar dacă sunt dependenți fiziologic de medicament, mulți dintre acești indivizi nu dezvoltă simptome care să satisfacă criteriile pentru dependență, deoarece ei nu sunt preocupați de obținerea substanței, iar uzul său nu interferează cu îndeplinirea rolurilor lor sociale sau profesionale uzuale.

## 292.9 Tulburarea în legătură cu Sedativele, Hipnoticele sau Anxioliticele Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele fără altă specificație este destinată tulburărilor asociate cu uzul de sedative, hipnotice sau anxiolitice care nu sunt clasificabile ca dependență de sedative, hipnotice sau anxiolitice; abuz de sedative, hipnotice sau anxiolitice; intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice; abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice; delirium prin intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice; delirium prin abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice; demență persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice; tulburare amnestică persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice; tulburare psihotică indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice; tulburare afectivă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice; tulburare anxioasă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice; disfuncție sexuală indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice ori tulburare de somn indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice.

# Tulburările în legătură cu Polisubstanța

## 304.80 Dependența de Polisubstanță

Acest diagnostic este rezervat pentru comportamentul din cursul unei perioade de 12 luni, în care persoana a făcut uz în mod repetat de cel puțin trei grupe de substanțe (neincluzând cafeina și nicotina), dar nu a predominat uzul unei singure substanțe. În afară de aceasta, în cursul acestei perioade, criteriile pentru dependență au fost satisfăcute pentru substanțe ca grup și nu pentru vreo anumită substanță. De exemplu, un diagnostic de dependență de polisubstanță va fi aplicat unui individ care în cursul aceleiași perioade de 12 luni a absentat de la serviciu din cauza uzului excesiv de alcool, a uzului continuu de cocaină în disprețul experientării unor depresii severe după nopți de uz excesiv și a fost în mod repetat incapabil să se încadreze în limitele autoimpuse referitoare la uzul său de codeină. În acest caz, deși problemele asociate cu uzul fiecărei substanțe nu sunt suficient de pervasive pentru a justifica diagnosticul de dependență, uzul său general de substanțe îi deteriorează semnificativ funcționarea și ca atare justifică diagnosticul de dependență de substanțe ca grup. Un astfel de pattern poate fi observat, de

exemplu, în condițiile în care uzul este foarte frecvent dar în care drogul de elecție se schimbă des. Pentru acele situații în care există un pattern de probleme asociate cu mai multe droguri, iar criteriile sunt satisfăcute pentru mai mult decât o singură tulburare în legătură cu o substanță specifică (de ex., dependență de cocaină, dependență de alcool și dependență de cannabis), trebuie pus fiecare diagnostic.

## Tulburările în legătură cu Altă Substanță (sau cu o Substanță Necunoscută)

Categoria de tulburări în legătură cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută) este rezervată clasificării tulburărilor în legătură cu o substanță asociate cu substanțe care nu au fost listate mai sus. Exemplele de aceste substanțe, care sunt descrise mai în detaliu mai jos, includ steroizii anabolizanți, inhalantele nitritice („poppers"), oxidul de azot, medicamentele vândute fără prescripție medicală sau medicamente prescrise, dar care nu sunt cuprinse în cele 11 categorii (de ex., cortizolul, antihistaminicele, benztropina) și alte substanțe care au efecte psihoactive. În afară de aceasta, această categorie poate fi utilizată atunci când substanța specifică este necunoscută (de ex., o intoxicație după luarea unui flacon de pilule neetichetat).

**Steroizii anabolizanți** produc inițial o senzație de bine crescândă (sau chiar euforie) care este înlocuită după uz repetat de lipsa de energie, iritabilitate și alte forme de disforie. Continuarea uzului acestor substanțe poate duce la apariția unor simptome mai severe (de ex., o simptomatologie depresivă) și la condiții medicale generale (maladie hepatică).

**Inhalantele nitritice** („poppers"-forme de nitrit de amil, butil și izobutil) produc o intoxicație caracterizată prin senzația de cap plin, ușoară euforie, modificare în percepția timpului, relaxarea musculaturii netede și o posibilă creștere a senzațiilor sexuale. Pe lângă posibilul uz compulsiv, aceste substanțe poartă pericolul deteriorării funcției imunitare, iritării căilor respiratorii, scăderii capacității de transport a oxigenului de către sânge și al unei reacții toxice care poate include vomă, cefalee severă, hipotensiune și amețeală.

**Oxidul de azot** („gazul ilariant") determină o intoxicație cu debut rapid, caracterizată prin vertij și o senzație de plutire, care se clarifică în decurs de câteva minute după stoparea administrării. Există descrieri de confuzie relevantă clinic, dar temporară, și de stări paranoide, când oxidul de azot este utilizat în mod regulat.

Alte substanțe care sunt capabile să producă intoxicații ușoare sunt **catnipul**, care poate produce stări similare celor observate în cazul marihuanei și care, în doze mari, s-a relatat că duce la percepții de tip LSD; **nuca de betel**, care este mestecată în multe culturi spre a produce o euforie ușoară și senzația de plutire; și **kava** (o substanță extrasă din planta piper din Pacificul de Sud) care produce sedare, incoordonare, pierdere în greutate, forme ușoare de hepatită și anomalii pulmonare (tulburări respiratorii). În afară de acestea, indivizii pot dezvolta dependență și deteriorare prin administrarea unor **medicamente vândute cu sau fără prescripție** incluzând **cortizolul, agenții antiparkinsonieni** care au proprietăți anticolinergice și **antihistaminicele**. O discuție despre modul cum se codifică tulburările în legătură cu medicamentele se află la pag. 205.

Au fost deja prezentate textele și seturile de criterii pentru definirea aspectelor generale ale dependenței de o substanță (pag. 192), abuzului de o substanță (pag. 198), intoxicației cu o substanță (pag. 199) și abstinenței de o substanță care sunt aplicabile tuturor claselor de substanțe. Tulburările induse de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) sunt descrise în secțiunile manualului împreună cu tulburările cu care au comună fenomenologia (de ex., tulburarea afectivă indusă de altă substanță [sau de o substanță necunoscută]) este inclusă în secțiunea „Tulburările Afective". Mai jos, sunt listate tulburările uzului de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) și tulburările induse de altă substanță (sau de o substanță necunoscută).

## Tulburările uzului de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)

304.90 **Dependența de altă substanță (sau de o substanță necunoscută** (vezi pag. 192)

305.90 **Abuzul de altă substanță (sau de o substanță necunoscută** (vezi pag. 198)

## Tulburările induse de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)

292.89 **Intoxicația cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută)** (vezi pag. 199). *De specificat dacă:* Cu perturbări de percepție

292.0 **Abstinența de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (vezi pag. 201). *De specificat dacă*: Cu perturbări de percepție

292.81 **Deliriumul indus de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (vezi pag. 143)

292.82 **Demența persistentă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (vezi pag. 168)

292.83 **Tulburarea amnestică persistentă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (vezi pag. 177)

292.11 **Tulburarea psihotică indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)**, cu idei delirante (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

292.12 **Tulburarea psihotică indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)**, cu halucinații (vezi pag. 338). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

292.84 **Tulburarea afectivă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (vezi pag. 405). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

292.89 **Tulburarea anxioasă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (vezi pag. 479). *De specificat dacă:* Cu debut în cursul intoxicației/ Cu debut în cursul abstinenței

292.89 **Disfuncția sexuală indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (vezi pag. 562). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/Cu debut în cursul abstinenței

292.89 **Tulburarea de somn indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)** (vezi pag. 655). *De specificat dacă*: Cu debut în cursul intoxicației/ Cu debut în cursul abstinenței

292.9 **Tulburare în legătură cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută) fără altă specificație**

# Schizofrenia și Alte Tulburări Psihotice

Tulburările din această secțiune includ schizofrenia, tulburarea schizofreniformă, tulburarea schizoafectivă, tulburarea delirantă, tulburarea psihotică scurtă, tulburarea psihotică indusă, tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale, tulburarea psihotică indusă de o substanță și tulburarea psihotică fără altă specificație. Aceste tulburări au fost grupate împreună spe a facilita diagnosticul diferențial al tulburărilor care includ simptome psihotice ca aspect proeminent al tabloului lor clinic. Alte tulburări care se pot prezenta cu simptome psihotice ca elemente asociate sunt incluse în altă parte în manual (de ex., demența de tip Alzheimer și deliriumul indus de o substanță sunt incluse în secțiunea „Deliriumul, Demența, Tulburările Amnestice și Alte Tulburări Cognitive"; tulburarea depresivă majoră, cu elemente psihotice, este inclusă în secțiunea „Tulburările Afective"). În dispretul faptului că aceste tulburări sunt grupate împreună în acest capitol, trebuie reținut că simptomele psihotice nu sunt considerate în mod necesar a fi nucleul sau elementele fundamentale ale acestor tulburări și nici că tulburările incluse în această secțiune au în mod necesar o etiologie comună. De fapt, un număr de studii sugerează asocieri etiologice strânse între schizofrenie și alte tulburări care, prin definiție, nu prezintă simptome psihotice (de ex., tulburarea de personalitate schizotipală)

Termenul de *psihotic* a primit, istoric, un număr de definiții diferite dintre care nici una nu a fost universal acceptată. Cea mai îngustă definiție a termenului de *psihotic* este restrânsă la idei delirante sau la halucinații proeminente, cu halucinații survenind în absența conștientizării naturii lor patologice. O definiție ușor mai puțin restrictivă ar include, de asemenea, halucinațiile proeminente pe care individul le realizează ca fiind experiențe halucinatorii. Mai largă încă, este definiția care include și alte simptome pozitive de schizofrenie (de ex., dezorganizarea limbajului, comportamentul flagrant dezorganizat sau catatonic). Contrar acestor definiții bazate pe simptome, definițiile utilizate în clasificările anterioare (de ex., DSM-II și ICD-9) erau probabil de departe prea inclusive și centrate pe severitatea deteriorării funcționale. În acel context, o tulburare mentală era denumită „psihotică" dacă ducea la „o deteriorare care interfera flagrant cu capacitatea de a satisface cerințele uzuale ale vieții". De asemenea, termenul fusese definit anterior, ca „o pierdere a limitelor eului" ori ca o deteriorare flagrantă a testării realității".

În acest manual, termenul de *psihotic* se referă la prezența anumitor simptome. Constelația specifică de simptome la care se referă termenul variază însă într-o anumită măsură ex transverso prin categoriile diagnostice. În schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea schizoafectivă și tulburarea psihotică scurtă, termenul de *psihotic* se referă la idei delirante și halucinații proeminente, limbaj dezorganizat, sau comportament catatonic sau dezorganizat. În tulburarea psihotică datotată unei condiții medicale generale și în tulburarea psihotică indusă de o substanță, termenul de *psihotic* se referă la idei delirante și numai la halucinațiile care nu sunt acompaniate de conștiința maladiei. În fine, în tulburarea delirantă și în tulburarea psihotică indusă sau împărtășită, *psihotic* este echivalent cu delirant .

In această secțiune sunt incluse următoarele tulburări:

**Schizofrenia** este o tulburare care durează cel puțin 6 luni și include cel puțin o lună de simptome ale fazei active (adică, două sau mai multe dintre următoarele: idei delirante, halucinații, limbaj dezorganizat, comportament catatonic sau flagrant dezorganizat, simptome negative). In această secțiune sunt incluse, de asemenea, definiții pentru subtipurile de schizofrenie (paranoid, dezorganizat, catatonic, nediferențiat și rezidual).

**Tulburarea schizofreniformă** este caracterizată printr-o prezentare simptomatologică echivalentă cu cea a schizofreniei cu excepția duratei sale (adică, perturbarea durează de la 1 la 6 luni) și absența cerinței ca să existe un declin în funcționare.

**Tulburarea schizoafectivă** este o perturbare în care un episod afectiv și simptome caracteristice fazei active a schizofreniei apar împreună și sunt precedate sau sunt urmate de cel puțin 2 săptămâni de idei delirante sau halucinații, fără simptome afective notabile.

**Tulburarea delirantă** este caracterizată prin cel puțin 1 lună de idei delirante nonbizare, fără alte simptome caracteristice fazei active a schizofreniei.

**Tulburarea psihotică scurtă** este o perturbare psihotică durând mai mult decât o singură zi și care se remite până într-o lună.

**Tulburarea psihotică indusă (împărtășită)** este caracterizată prin prezența unei idei delirante la un individ influențat de cineva care are un delir existent de mai mult timp, cu conținut similar.

In **tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale**, simptomele psihotice sunt considerate a fi consecința fiziologică a unei condiții medicale generale.

In **tulburarea psihotică indusă de o substanță**, simptomele psihotice sunt considerate a fi consecința fiziologică directă a unui drog de abuz, a unui medicament ori a expunerii la un toxic.

**Tulburarea psihotică fără altă specificație** este inclusă pentru clasificarea tablourilor clinice psihotice care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre tulburările psihotice specifice definite în această secțiune ori pentru simptomatologia psihotică în raport cu care există informații inadecvate sau contradictorii.

## Schizofrenia

Elementele esențiale ale schizofreniei le constituie o mixtură de semne și simptome caracteristice (atât pozitive, cât și negative) care au fost prezente o porțiune semnificativă de timp, în cursul unei perioade de o lună (ori un timp mai scurt, dacă au fost tratate cu succes), cu unele semne ale tulburării persistând timp de cel puțin 6 luni (criteriile A și C). Aceste semne și simptome sunt asociate cu o disfuncție socială sau profesională marcată (criteriul B). Perturbarea nu este explicată mai bine de tulburarea schizoafectivă sau de o tulburare afectivă cu elemente psihotice și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale (criteriile D și E). La indivizii cu un diagnostic anterior de tulburare autistă (ori de altă tulburare de dezvoltare pervasivă), diagnosticul adițional de schizofrenie este justificat, numai dacă idei delirante sau halucinații notabile sunt prezente timp de cel puțin o lună (criteriul F). Simptomele caracteristice ale schizofreniei cuprind o serie de disfuncții cognitive și emoționale care includ percepția, gândirea inferențială, limbajul și

comunicarea, controlul comportamentului, afectul, fluența și productivitatea gândirii și limbajului, capacitatea hedonică, voința și impulsul, și atenția. Nici un singur simptom nu este patognomonic schizofreniei; diagnosticul implică recunoașterea unei constelații de semne și simptome asociate cu deteriorarea funcționării sociale sau profesionale.

Simptomele caracteristice (criteriul A) pot fi conceptualizate ca împărțindu-se în două mari categorii — pozitive și negative. Simptomele pozitive par a reflecta un exces sau distorsionare a funcțiilor normale, pe când cele negative par a reflecta diminuarea sau pierderea funcțiilor normale. Simptomele pozitive (criteriile A1–A4) includ distorsiunile din conținutul gândirii (ideile delirante), percepției (halucinațiile), limbajului și procesului gândirii (dezorganizarea limbajului) și autocontrolului comportamentului (comportamentul catatonic sau flagrant dezorganizat). Aceste simptome pozitive pot comporta două dimensiuni distincte care pot fi, în schimb, în raport cu mecanisme neurale subiacente și corelate clinice diferite: „dimensiunea psihotică" include ideile delirante și halucinațiile, pe când „dimensiunea dezorganizării" include dezorganizarea limbajului și comportamentului. Simptomele negative (criteriul A5) includ o restrângere în gama și intensitatea expresiei emoționale (aplatizarea afectivă), în fluența și productivitatea gândirii și limbajului (alogia) și în inițierea unei activități orientate spre un scop (avoliția).

Ideile delirante (criteriul A) sunt convingeri eronate care implică de regulă o interpretare falsă a percepțiilor sau experiențelor. Conținutul lor poate include o varietate de teme (de ex., de persecuție, de referință, somatice, religioase sau de grandoare). Ideile delirante de persecuție sunt cele mai frecvente; persoana respectivă crede că este vexată, urmărită, înșelată, spionată sau ridiculizată. Ideile delirante de referință sunt, de asemenea, frecvente, persoana respectivă crezând că anumite gesturi, comentarii, pasaje din cărți, ziare, cântece lirice ori ale semnale ambientale îi sunt adresatei în mod special. Distincția între o idee delirantă și o idee susținută cu fermitate este dificil de făcut și depinde de gradul convingerii cu care este susținută credința, în disprețul evidenței de contrariu.

Deși ideile delirante bizare sunt considerate a fi extrem de caracteristice schizofreniei, „bizareria" poate fi dificil de apreciat, în special ex transverso prin diverse culturi. Ideile delirante sunt considerate bizare, dacă sunt clar implauzibile și incomprehensibile și nu derivă din experiențele de viață comune. Un exemplu de idei delirante bizare îl constituie convingerea unei persoane, cum că un străin i-a îndepărtat organele interne și i le-a înlocuit cu organele altcuiva, fără să lase vreo plagă sau cicatrice. Un exemplu de idee delirantă nonbizară îl constituie convingerea falsă a unei persoane, cum că se află sub supravegherea poliției. Ideile delirante care exprimă o pierdere a controlului asupra minții sau corpului (adică, cele incluse printre „simptomele de rangul I" din lista lui Schneider) sunt considerate în general a fi bizare; acestea includ convingerea unei persoane că i-au fost sustrase gândurile de o forță exterioară („sustragerea gândirii"), că gândurile unui străin au fost introduse în mintea sa („inserția gândirii") ori că acțiunile sale sau corpul său sunt influențate ori manipulate de o forță exterioară („idei delirante de control"). Dacă ideile delirante sunt considerate a fi bizare, numai acest singur simptom este suficient pentru a satisface criteriul A pentru schizofrenie.

Halucinațiile (criteriul A2) pot surveni în orice modalitate senzorială (de ex., pot fi auditive, vizuale, olfactive, gustative și tactile), dar halucinațiile auditive sunt de departe cele mai frecvente și mai caracteristice pentru schizofrenie. Halucinațiile

auditive sunt de regulă experientate ca voci, familiare sau nonfamiliare, care sunt percepute ca distincte de propriile gânduri de către persoana respectivă. Halucinațiile trebuie să survină în contextul unui sensorium clar; cele care apar în cursul adormirii (halucinațiile hipnagogice) sau al deșteptării din somn (halucinațiile hipnopompice) sunt considerate a fi în cadrul categoriei de experiență normală. Experiențele izolate de a se auzi chemat pe nume ori experiențele lipsite de calitatea unei percepții externe (de ex., murmurat în propriul cap), de asemenea, nu sunt considerate ca fiind simptomatice de schizofrenie sau de altă tulburare psihotică. Halucinațiile pot fi, de asemenea, o parte normală a unei experiențe religioase în anumite contexte culturale. Anumite tipuri de halucinații auditive (de ex., două sau mai multe voci conversând între ele sau voci comentând continuu gândurile sau comportamentul persoanei) au fost considerate ca fiind extrem de caracteristice schizofreniei. Dacă sunt prezente numai aceste tipuri de halucinații, acest simptom singur este suficient pentru a satisface criteriul A.

Dezorganizarea gândirii („tulburarea formală de gândire") a fost postulată de către unii a fi cel mai important element al schizofreniei. Din cauza dificultății inerente în elaborarea unei definiții obiective a „tulburării de gândire" și pentru că, în condiții clinice, inferențele referitoare la gândire se bazează în primul rând pe limbajul individului, conceptul de limbaj dezorganizat (criteriul A3) a fost accentuat în definiția schizofreniei utilizate în acest manual. Limbajul indivizilor cu schizofrenie poate fi dezorganizat în diverse moduri. Persoana poate „aluneca" de la un subiect la altul („deraierea" sau „relaxarea asociațiilor"); răspunsurile la întrebări pot fi doar indirect în legătură cu acestea sau complet fără nici o legătură („tangențialitate"); mai rar, limbajul poate fi dezorganizat atât de sever, că devine aproape incomprehensibil, semănând cu afazia receptivă în dezorganizarea sa lingvistică („incoerența" sau „salata de cuvinte"). Deoarece limbajul ușor dezorganizat este frecvent și nespecific, simptomul trebuie să fie suficient de sever pentru a deteriora substanțial comunicarea efectivă. Gândirea sau limbajul mai puțin sever dezorganizate pot surveni în cursul perioadelor prodromală și reziduală ale schizofreniei (vezi criteriul C).

Comportamentul flagrant dezorganizat (criteriul A4) se poate manifesta într-o varietate de moduri, mergând de la tonterii infantile la agitație imprevizibilă. Pot fi notate probleme în orice fel de comportament orientat spre un scop, acestea ducând la dificultăți în îndeplinirea activităților vieții cotidiene, cum ar fi prepararea mâncării sau menținerea igienei. Persoana poate părea a fi extrem de dezordonată, se poate îmbrăca de o manieră insolită (de ex., îmbracă mai multe paltoane, poartă eșarfe și mănuși într-o zi călduroasă) ori poate manifesta un comportament sexual clar inadecvat (de ex., se masturbează în public) sau agitație nedeclanșată de ceva și imprevizibilă (de ex., strigăte sau înjurături). Atenție la a nu se aplica acest criteriu în mod prea larg. De exemplu, câteva momente de neliniște, de mânie ori de agitație nu trebuie să fie considerate drept probă de schizofrenie, în special dacă motivația este inteligibilă.

Comportamentele motorii catatonice (criteriul A4) includ o reducere marcată a reactivității la ambianță, uneori atingând gradul extrem de inconștiență completă (stupor catatonic), menținerea unei posturi rigide și rezistență la eforturile de a fi mobilizat (rigiditate catatonică), rezistența activă la instrucțiuni ori la tentativele de a fi mobilizat (negativism catatonic), luarea unor posturi inadecvate sau bizare (postură catatonică) ori activitate motorie excesivă, fără scop și fără stimul declanșator (excitație catatonică). Deși catatonia a fost asociată, istoric, cu schizofrenia,

clinicianul trebuie să reţină faptul că simptomele catatonice nu sunt specifice, putând apare şi în alte tulburări mentale (vezi tulburările afective cu elemente catatonice, pag. 418), în condiţii medicale generale (vezi tulburarea catatonică datorată unei condiţii medicale generale, pag. 185) şi în tulburările de mişcare induse de medicamente (vezi parkinsonismul indus de neuroleptice, pag. 792).

Simptomele negative ale schizofreniei (criteriul A5) explică un substanţial grad de morbiditate asociat cu tulburarea. Trei simptome negative — aplatizarea afectivă, alogia şi avoliţia — sunt incluse în definiţia schizofreniei; alte simptome negative (de ex., anhedonia) sunt menţionate mai jos, în secţiunea „Elemente şi tulburări asociate". Aplatizarea afectivă este extrem de frecventă şi este caracterizată prin faptul că faciesul persoanei pare a fi imobil şi indiferent, cu contact vizual redus şi reducerea limbajului corporal. Deşi o persoană cu aplatizare afectivă poate zâmbi şi deveni mai caldă ocazional, gama expresivităţii sale emoţionale este evident diminuată cea mai mare parte a timpului. Poate fi util să se observe interacţiunea persoanei cu egalii pentru a stabili dacă aplatizarea afectivă este suficient de persistentă pentru a satisface criteriul. Alogia (sărăcirea limbajului) se manifestă prin răspunsuri scurte, laconice, seci. Individul cu alogie pare a avea o diminuare a stocului de idei, care se reflectă în scăderea fluenţei şi productivităţii limbajului. Aceasta trebuie distinsă de refuzul de a vorbi, judecata clinică necesitând observarea în timp şi în diverse situaţii. Avoliţia se caracterizează prin incapacitatea de a iniţia şi persevera în activităţi orientate spre un scop. Persoana poate sta aşezată lungi perioade de timp şi manifesta puţin interes în a participa la muncă sau la activităţi sociale.

Deşi ubicuitare în schizofrenie, simptomele negative sunt dificil de evaluat, deoarece ele apar pe un continuum cu normalitatea, sunt nespecifice şi pot fi datorate unei diversităţi de alţi factori (incluzând simptomele pozitive, efectele secundare ale medicaţiei, depresia, substimularea ambientală ori demoralizarea). Dacă un simptom negativ este considerat a fi atribuibil în mod clar oricăruia dintre aceşti factori, acesta nu trebuie avut în vedere la stabilirea diagnosticului de schizofrenie. De exemplu, comportamentul unui individ care are convingerea delirantă că el se va afla în pericol dacă iese din camera sa sau vorbeşte cu cineva, poate mima izolarea socială, avoliţia şi alogia. Anumite medicamente neuroleptice produc adesea efecte extrapiramidale adverse, cum ar fi bradikinezia, care pot mima aplatizarea afectivă. Distincţia între adevăratele simptome negative şi efectele adverse ale unui medicament depinde de judecata clinică referitoare la severitatea simptomelor negative, natura şi tipul medicamentului neuroleptic, efectele adaptării dozei şi efectele medicamentelor anticolinergice. Distincţia dificilă dintre simptomele negative şi simptomele depresive poate fi tranşată de alte simptome de acompaniament care sunt prezente şi de faptul că indivizii cu simptome depresive experientează de regulă un afect dureros intens, pe când cei cu schizofrenie prezintă o diminuare sau lipsă a afectului. In fine, substimularea ambientală cronică sau demoralizarea pot duce la apatie şi avoliţie învăţată. In stabilirea prezenţei simptomelor negative care trebuie utilizate stabilirea diagnosticului de schizofrenie, cel mai bun test este, poate, persistenţa lor o perioadă considerabilă de timp în dispreţul eforturilor orientate spre rezolvarea fiecăreia dintre eventualele cauze descrise mai sus. S-a sugerat ca simptomele negative durabile, care nu sunt atribuibile cauzelor secundare mai sus descrise, să fie definite ca simptome de „deficit".

Criteriul A pentru schizofrenie cere ca cel puţin doi dintre cei cinci itemi să fie prezenţi concomitent pentru mai mult de o lună. Dacă însă, ideile delirante sunt

bizare sau halucinațiile comportă „voci care comentează" sau „voci care conversează", atunci este necesară prezența numai a unui singur item. Prezența acestei relativ severe constelații de semne și simptome este denumită „faza activă". În acele situații, în care simptomele fazei active se remit în decurs de o lună ca răspuns la tratament, criteriul A poate fi încă considerat ca satisfăcut, dacă clinicianul apreciază că simptomele ar fi persistat timp de o lună în absența unui tratament eficace. La copii, evaluarea simptomelor caracteristice trebuie să includă considerația cuvenită prezenței altor tulburări sau dificultăți de dezvoltare. De exemplu, dezorganizarea limbajului la un copil cu o tulburare de comunicare nu va trebui să fie luată în calcul pentru diagnosticul de schizofrenie, decât în cazul în care gradul de dezorganizare este semnificativ mai mare decât ar fi de așteptat pe baza tulburării de comunicare singure.

Schizofrenia implică disfuncții într-unul sau mai multe domenii majore de funcționare (de ex., relațiile interpersonale, munca sau educația ori autoîngrijirea) (criteriul B). De regulă, funcționarea este net sub cea care a fost atinsă anterior debutului simptomelor. Dacă perturbarea începe în copilărie sau în adolescență, poate exista incapacitatea de a atinge ceea ce ar fi fost de așteptat de la individ, mai curând decât o deteriorare a funcționării. Compararea individului cu frații neafectați poate fi utilă în a face această precizare. Progresul educațional este frecvent întrerupt, iar individul poate fi incapabil să termine școala. Mulți indivizi sunt incapabili să țină un serviciu perioade mai lungi de timp și sunt angajați la nivele inferioare celor ale părinților lor („tendința la cădere"). Majoritatea indivizilor cu schizofrenie (60%–70%) nu se căsătoresc, iar cei mai mulți au contacte sociale relativ reduse. Disfuncția persistă o perioadă considerabilă de timp în cursul tulburării, și nu pare a fi rezultatul direct al unui singur element. De exemplu, dacă o femeie își abandonează serviciul din cauza ideii delirante circumscrise, cum că patronul ei încearcă s-o omoare, aceasta singură nu este o probă suficientă pentru acest criteriu, cu excepția faptului dacă nu există un pattern mai pervasiv de dificultăți (de regulă, în multiple domenii de funcționare).

Unele semne ale perturbării trebuie să persiste o perioadă continuă de cel puțin 6 luni (criteriul C). În cursul acestei perioade de timp, trebuie să existe cel puțin o lună de simptome (sau mai puțin de o lună, dacă simptomele sunt tratate cu succes) care satisfac criteriul A al schizofreniei (faza activă). Simptomele prodromale sunt adesea prezente înaintea fazei active, iar simptomele reziduale îi pot urma. Unele simptome prodromale și reziduale sunt forme relativ ușoare sau subliminale ale simptomelor pozitive specificate la criteriul A. Indivizii pot prezenta o varietate de convingeri bizare sau insolite care nu sunt de proporții delirante (de ex., idei de referință sau gândire magică); ei pot prezenta experiențe perceptive insolite (de ex., simțirea prezenței unei persoane sau forțe invizibile în absența halucinațiilor categorice); limbajul lor poate fi în general înțeles, dar este digresiv, vag ori extrem de abstract sau de concret; comportamentul lor poate fi insolit, dar nu flagrant dezorganizat (de ex., murmuratul pentru sine însuși, colectarea de obiecte bizare și, evident, inutile). Pe lângă aceste simptome similare celor pozitive, simptomele negative sunt extrem de comune în fazele prodromală și reziduală, și uneori pot fi foarte severe. Indivizii care erau activi social pot deveni retrași; ei își pierd interesul pentru activitățile plăcute anterior, pot deveni mai puțin vorbăreți și curioși, și își pot petrece majoritatea timpului în pat. Astfel de simptome sunt adesea primele care semnalează familiei faptul că ceva este în neregulă; membrii familiei pot relata, în cele din urmă, că ei au simțit individul ca „pierzându-se progresiv".

## Subtipuri și specificanți de evoluție

Diagnosticul unui anumit subtip se bazează pe tabloul clinic care a ocazionat cea mai recentă examinare sau internare în spital, dar poate fi schimbat în decursul timpului. Un text și criterii separate sunt prevăzute pentru fiecare dintre următoarele subtipuri:

**295.30** **Tipul paranoid** (vezi pag. 313)
**295.10** **Tipul dezorganizat** (vezi pag. 314)
**295.20** **Tipul catatonic** (vezi pag. 315)
**295.90** **Tipul nediferențiat** (vezi pag. 316)
**295.60** **Tipul rezidual** (vezi pag. 316)

Următorii specificanți pot fi utilizați pentru a indica evoluția caracteristică a simptomelor schizofreniei în decursul timpului. Acești specificanți pot fi aplicați numai după cel puțin un an de la debutul inițial al simptomelor fazei active. În cursul acestei perioade de un an, nu poate fi aplicat nici un specificant de curs.

**Episodic, cu simptome reziduale între episoade.** Acest specificant se aplică atunci când evoluția este caracterizată prin episoade în care criteriul A pentru schizofrenie este satisfăcut, iar între episoade există simptome reziduale semnificative clinic. **Cu simptome negative** proeminente poate fi adăugat dacă simptome negative notabile sunt prezente în cursul acestor perioade reziduale.
**Episodic, fără simptome reziduale între episoade.** Acest specificant se aplică atunci când evoluția este caracterizată prin episoade în care criteriul A pentru schizofrenie este satisfăcut, iar între episoade nu există simptome reziduale semnificative clinic.
**Continuu.** Acest specificant se aplică atunci când simptomele caracteristice de la criteriul A sunt satisfăcute toate (sau aproape toate) pe durata evoluției. **Cu simptome negative** proeminente poate fi adăugat dacă simptome negative notabile sunt, de asemenea, prezente.
**Episod unic, în remisiune parțială.** Acest specificant se aplică atunci când a existat un singur episod în care criteriul A pentru schizofrenie a fost satisfăcut și au rămas unele simptome reziduale semnificative clinic. **Cu simptome negative proeminente** poate fi adăugat dacă aceste simptome reziduale includ simptome negative notabile.
**Episod unic, în remisiune completă.** Acest specificant se aplică atunci când a existat un singur episod în care criteriul A pentru schizofrenie a fost satisfăcut și nu au rămas simptome reziduale semnificative clinic.
**Alt pattern sau pattern nespecificat.** Acest specificant este utilizat atunci când a fost prezent un alt pattern de evoluție sau un pattern nespecificat.

## Procedee de înregistrare

Codul diagnostic pentru schizofrenie este selectat pe baza subtipului corespunzător: 295.30 pentru tipul paranoid, 295.10 pentru tipul dezorganizat, 295.20 pentru tipul catatonic, 295.90 pentru tipul nediferențiat, 295.60 pentru tipul rezidual. Nu există coduri cu cea de a cincea cifră disponibilă pentru specificanții evoluției. La înregistrarea numelui tulburării, specificanții evoluției sunt notați după subtipul corespunzător (de ex., 295.30 Schizofrenie, tip paranoid, episodică, cu simptome reziduale interepisodic, cu simptome negative notabile).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu schizofrenie pot prezenta un afect inadecvat (de ex., zâmbet, râs, ori o expresie facială de fericire în absența unui stimul adecvat) care este unul dintre elementele definitorii ale tipului dezorganizat. Anhedonia este frecventă și se manifestă prin pierderea interesului sau plăcerii. Dispoziția disforică poate lua forma depresiei, anxietății sau stării coleroase. Pot exista perturbări în patternul de somn (de ex., somnolență diurnă și activitate sau neliniște în timpul nopții). Individul poate prezenta lipsă de interes pentru mâncare sau refuză mâncarea, ca urmare a convingerilor delirante. Adesea există anomalii ale activității psihomotorii (de ex., mersul de colo până colo, balansatul sau imobilitatea apatică). Dificultatea în concentrare, atenție și memorie este evidentă frecvent.

La majoritatea indivizilor cu schizofrenie există o conștiință redusă a faptului că ei au o maladie psihotică. Datele sugerează că reducerea conștiinței maladiei este o manifestare a maladiei însăși și nu o strategie de adaptare. Aceasta poate fi comparată cu lipsa conștiinței pentru deficitele neurologice observată în ictus și numită *anosognozie*. Acest simptom predispune individul la noncomplianță la tratament și s-a constatat că predictează un procent ridicat de recăderi, un număr mare de internări nevoluntare în spital, o funcționare socială redusă și o evoluție defavorabilă a maladiei.

Depersonalizarea, derealizarea și preocupările somatice pot surveni, și ating uneori proporții delirante. Anxietatea și fobiile sunt frecvente în schizofrenie. Uneori sunt prezente anomalii motorii (de ex., grimase, posturi, manierisme bizare, comportament ritual sau stereotip). Speranța de viață a indivizilor cu schizofrenie este mai scurtă decât cea a populației generale pentru o divesitate de motive. Suicidul este un factor important, deoarece aproximativ 10% dintre indivizii cu schizofrenie se sinucid, iar între 20% și 40% fac cel puțin o tentativă în cursul maladiei. Deși riscul (de suicid) rămâne crescut toată viața, factorii de risc specifici pentru suicid includ sexul masculin, a fi în etate de mai puțin de 45 ani, simptomele depresive, sentimentul de disperare, șomajul și externarea recentă din spital. Bărbații realizează suicidul complet mai frecvent decât femeile, dar la ambele sexe riscul de suicid este mai crescut comparativ cu populația generală.

Multe studii au raportat că subgrupuri de indivizi diagnosticați cu schizofrenie au o incidență crescută a comportamentului agresiv și violent. Predictorii majori ai comportamentului violent sunt sexul masculin, tinerețea, istoricul de violență în trecut, noncomplianța la tratamentul cu antipsihotice și uzul excesiv de substanță. Trebuie reținut însă că cei mai mulți indivizi cu schizofrenie nu sunt mai periculoși decât cei din populația generală.

Procentul de comorbiditate cu tulburările în legătură cu o substanță este mare. Dependența de nicotină este extrem de ridicată, cu estimări mergând de la 80% la 90% la indivizii cu schizofrenie care sunt fumători uzuali de țigarete. În plus, acești indivizi tind a fuma excesiv de mult și de a prefera țigaretele cu conținut crescut de nicotină. Comorbiditatea cu tulburările anxioase s-a constatat, de asemenea, că este crescută în schizofrenie. În special, procentele de tulburare obsesivo-compulsivă și de panică sunt mai crescute la indivizii cu schizofrenie comparativ cu populația generală. Tulburarea de personalitate paranoidă, schizoidă sau schizotipală poate precede uneori debutul schizofreniei. Nu este clar dacă aceste tulburări de personalitate sunt numai prodrome ale schizofreniei sau dacă sunt tulburări anterioare separate.

Un risc crescut de schizofrenie a fost constatat în asociere cu factorii prenatali și din copilărie (de ex., expunerea prenatală la gripă, la foame, complicațiile obstetricale, infecțiile sistemului nervos în mica copilărie).

**Date de laborator asociate.** Nu au fost identificate nici un fel de date de laborator ca fiind diagnostice pentru schizofrenie. O diversitate de date din studiile de neuroimagistică, neuropsihologie și neurofiziologie au arătat existența unor diferențe între grupurile de indivizi cu schizofrenie și subiecții de control. În literatura de neuroimagistică structurală, cea mai mult studiată și cea mai concordantă constatare reprodusă continuă să fie lărgirea ventriculilor laterali. Multe studii au demonstrat, de asemenea, reducerea țesutului cerebral evidențiată prin lărgirea sulcilor corticali și diminuarea volumului substanței cenușii și albe. Există însă o controversă crescândă referitoare la faptul dacă reducerea aparentă a țesutului cerebral este un proces focal sau un proces mai difuz. În examinarea pe regiuni (a creierului), s-a constatat că lobul temporal este reperat în mod constant ca fiind redus ca volum, în timp ce lobul frontal este implicat mai puțin. În cadrul lobului temporal, există proba unor anomalii focale în structurile temporale mediale (hipocamp, amigdala și cortexul entorinal), precum și în girusul temporal superior și planum temporale care au fost constatate în mod constant a fi reduse ca volum. Reducerea volumului talamusului a fost observată, de asemenea, atât la indivizii cu schizofrenie, cât și la rudele lor de gradul I neafectate, dar există puține studii referitoare la acesta. Altă constatare care a fost în mod constant reprodusă este aceea a dimensiunii crescute a ganglionilor bazali, dar există tot mai multe probe că aceasta este un epifenomen al tratamentului cu neuroleptice tipice. La indivizii cu schizofrenie a fost demonstrată, de asemenea, o incidență crescută a unui cavum septum pellucidi mare. Acesta poate avea implicații fiziopatologice importante, deoarece este sugestivă de o anomalie precoce (adică prenatală) implicând dezvoltarea formațiunilor liniei mediane a creierului, la cel puțin un subgrup de indivizi cu schizofrenie.

În termenii studiilor de imagistică cerebrală funcțională, hipofronalitatea (adică, reducerea relativă a fluxului sanguin cerebral, a metabolismului sau a altor reprezentanți ai activității neuronale) continuă să fie cea mai constantă constatare replicată. Există însă o recunoaștere crescândă a faptului că nu este posibil ca anomaliile funcționale să fie limitate la o anumită regiune cerebrală, cele mai multe dintre studiile recente sugerând anomalii difuze implicând și circuitele cortico-subcorticale.

Deficitele neuro psdihologice sunt o constatare constantă la grupurile de indivizi cu schizofrenie. Deficitele sunt evidente pe secțiune transversală printr-o serie de abilități cognitive incluzând memoria, abilitățile psihomotorii, atenția și dificultatea în schimbarea setului de răspuns. Pe lângă prezența acestor deficite la indivizii suferind cronic de schizofrenie, există tot mai multe probe că multe dintre aceste deficite se constată la indivizi în cursul primului lor episod psihotic și anterior tratamentului cu medicamente antipsihotice, la indivizii cu schizofrenie care se află în remisiune clinică, precum și la rudele de gradul I indemne. Pentru aceste motive, unele dintre deficitele neuropsihologice sunt considerate a reflecta elemente mai fundamentale ale maladiei și, poate, a revela factorii de vulnerabilitate pentru schizofrenie. Aceste deficite sunt importante clinic prin aceea că sunt în legătură cu gradul de dificultate pe care anumiți indivizi cu schizofrenie îl au în activitățile cotidiene, precum și în abilitatea de a căpăta aptitudini în

reabilitarea socială. În consecință, severitatea deficitelor neuropsihologice este un relativ puternic predictor al deznodământului social și profesional.

La grupurile de indivizi cu schizofrenie au fost puse în evidență diverse anomalii neurofiziologice. Printre cele mai cunoscute sunt deficitele în percepția și procesarea stimulilor sensoriali (de ex., deteriorarea fenomenului de poartă senzorială), mișcările oculare lente și mișcările oculare sacadice anormale, încetinirea timpului de reacție, alterările lateralității cerebrale și anomaliile potențialelor evocate pe electroencefalogramă.

De asemenea, pot fi notate date de laborator anormale, fie ca o complicație a schizofreniei, fie a tratamentului său. Unii indivizi cu schizofrenie beau cantități mari de lichide („intoxicația cu apă") și prezintă anomalii ale densității specifice a urinii sau dezechilibre electrolitice. Nivele crescute ale creatinfosfokinazei (CPK) pot rezulta din sindromul neuroleptic malign (vezi pag, 795)

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale.** Indivizii cu schizofrenie sunt uneori displastici fizic și pot prezenta semne neurologice „discrete" (soft) cum ar fi confuzia stânga/dreapta, coordonarea redusă sau semnul oglinzii. Unele anomalii somatice minore (de ex., boltă palatină extrem de arcuită, fante palpebrale înguste sau largi, ori malformații discrete ale urechilor) pot fi mai frecvente printre indivizii cu schizofrenie. Cele mai frecvente constatări somatice asociate sunt, poate, anomaliile motorii. Cele mai multe dintre acestea sunt probabil în legătură cu efectele adverse ale tratamentului cu medicamente antipsihotice. Anomaliile motorii secundare tratamentului neuroleptic includ diskinezia tardivă indusă de neuroleptice (vezi pag. 803), parkinsonismul indus de neuroleptice (vezi pag. 792), akatisia acută indusă de neuroleptice (vezi pag. 800), distonia acută indusă de neuroleptice (vezi pag. 798) și sindromul neuroleptic malign (vezi pag. 795). Anomaliile motorii spontane sunt asemănătoare celor care pot fi induse de neuroleptice (de ex., pufnitul, cloncănitul [glocitația limbii], murmuratul) au fost descrise în era preneuroleptică și sunt încă observate, deși ele pot fi dificil de distins de efectele neuroleptice. Alte constatări somatice pot fi în raport cu tulburările asociate în mod frecvent. De exemplu, deoarece dependența de nicotină este atât de frecventă în schizofrenie, este foarte posibil ca acești indivizi să dezvolte o patologie în legătură cu fumatul (de ex., emfizem și alte probleme pulmonare și cardiace).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Clinicienii, care evaluează simptomele schizofreniei în situații socioeconomice sau culturale diferite de cele ale lor, trebuie să ia în considerație diferențele culturale. Idei care pot pare a fi delirante într-o cultură (de ex., magia neagră și farmecele) pot fi considerate ca normale în alta. În unele culturi, halucinațiile vizuale sau auditive cu conținut religios pot fi o parte normală a experienței religioase (de ex., vederea Fecioarei Maria sau auzirea vocii lui Dumnezeu). În plus, evaluarea limbajului dezorganizat poate fi dificilă din cauza diversității lingvistice în stilurile narative a transverso prin diversele culturi, ceea ce afectează forma logică a prezentării verbale. Evaluarea afectului necesită sensibilitate la diferențele în stilurile expresiei emoționale, contactul vizual și limbajul corporal, care diferă în diversele culturi. Dacă evaluarea este făcută într-un limbaj diferit de limbajul primar al individului, trebuie asigurat faptul că alogia nu este în raport cu barierele lingvistice. Deoarece semnificația culturală a activității autoinițiate și orientate spre

un scop este de așteptat să varieze în diverse situații, tulburările de voință trebuie, de asemenea, să fie evaluate cu atenție.

Există unele indicii, cum că clinicienii au tendința de a supradiagnostica schizofrenia la unele grupuri etnice. Studiile efectuate în Regatul Unit și Statele Unite sugerează că schizofrenia poate fi diagnosticată mai frecvent la indivizii afroamericani și asioamericani decât la alte grupuri rasiale. Nu este clar însă, dacă aceste date reprezintă diferențe reale între grupurile rasiale sau dacă sunt rezultatul prejudecății clinicianului sau insensibilității culturale. Diferențe culturale au fost notate și în tabloul clinic, evoluția și deznodământul schizofreniei. Comportamentul catatonic a fost descris relativ rar printre indivizii cu schizofrenie din Statele Unite, dar este mai frecvent în țările nonvestice. Indivizii cu schizofrenie din țările în curs de dezvoltare tind a avea o evoluție mai acută și un deznodământ mai bun decât indivizii din țările industrializate.

Debutul schizofreniei are loc de regulă între ultima parte a adolescenței și mijlocul anilor 30, debutul anterior adolescenței fiind rar (deși au fost raportate cazuri cu debut la etatea de 5–6 ani). Elementele esențiale ale condiției sunt aceleași și la copii, însă poate fi extrem de dificil să se pună diagnosticul la această grupă de etate. La copii, ideile delirante și halucinațiile pot fi mai puțin elaborate decât la adulți, iar halucinațiile vizuale pot fi mai frecvente. Limbajul dezorganizat este observat într-un număr de tulburări cu debut în copilărie (de ex., tulburările de comunicare, tulburările de dezvoltare pervasivă), după cum este observat și comportamentul dezorganizat (de ex., tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, mișcarea stereotipă). Aceste simptome nu trebuie să fie atribuite schizofreniei, fără a se lua în considerație faptul că aceste tulburări sunt mai frecvente în copilărie. Schizofrenia poate debuta, de asemenea, mai târziu în viață (de ex., după etatea de 45 de ani). Cazurile de schizofrenie cu debut tardiv tind a fi similare cu schizofrenia cu debut precoce, deși au fost observate un număr de diferențe. De exemplu, procentul de femei este mai mare, iar procentul de indivizi cu debut tardiv care au fost căsătoriți este posibil să fie mai mare decât în cazul indivizilor cu debut precoce; cu toate că debutul survine tardiv, acești indivizi sunt mai izolați social și mai deteriorați comparativ cu populația generală. Factori clinici, cum ar fi starea de postmenopauză, subtipurile de antigen leucocitar uman și maladia cerebrovasculară sunt factori de risc posibili. Este foarte probabil ca tabloul clinic să includă idei delirante de persecuție și halucinații, și mai puțin probabil să includă simptome de dezorganizare și simptome negative. Adesea evoluția este caracterizată printr-o predominare a simptomelor pozitive cu prezervarea afectului și funcționării sociale. Evoluția este de regulă cronică, deși indivizii pot răspunde foarte bine la medicația antipsihotică în doze mici. Printre cei cu etate mai avansată la debut (adică, peste etatea de 60 ani la debut) deficitele senzoriale (de ex., pierderea auzului sau a vederii) survin mai frecvent decât în populația generală, însă rolul specific al acestor deficite în patogeneză rămâne necunoscut. De asemenea, există probe precum că deteriorarea cognitivă acompaniază tabloul clinic. Problema dacă patologia cerebrală identificabilă caracterizează maladia cu debut tardiv rămâne neclară.

Probe dintr-un larg corp de literatură demonstrează că schizofrenia se manifestă diferit la bărbați și la femei. Etatea formală la debut pentru bărbați este cuprinsă între 18 și 25 ani, iar pentru femei între 25 ani și jumătatea anilor 30. Distribuția etății la debut este bimodală la femei, cu un al doilea pic survenind târziu în viață, dar unimodală la bărbați. Aproximativ 3%-10% dintre femei au o etate la debut de peste

40 ani, pe când la bărbați debutul tardiv este mult mai puțin frecvent. De asemenea, femeile au o funcționare premorbidă mai bună decât bărbații. Femeile tind să prezinte o simptomatologie mai afectivă, idei delirante (paranoide) și halucinații, pe când bărbații tind să prezinte mai mult simptome negative (afect plat, avoliție, retragere socială). Referitor la evoluția schizofreniei, femeile au un prognostic mai bun decât bărbații, după cum indică numărul reinternărilor, lungimea șederilor în spital, durata globală a maladiei, perioadele de recădere, răspunsul la neuroleptice și funcționarea profesională și socială. Cu toate acestea, avantajul sexului în acești parametrii pare a se atenua într-o anumită măsură odată cu avansarea în etate (de ex., deznodământul pe termen scurt și pe termen mediu este mai bun la femei, dar deznodământul pe termen lung la femei, în special în perioada postmenopauză devine similar cu cel al bărbaților. O incidență ușor crescută a schizofreniei a fost observată la bărbați comparativ cu femeile. În afară de aceasta, o serie de studii au demonstrat existența unor diferențe între sexe referitoare la transmisia genetică a schizofreniei. Procentul de schizofrenie la membrii de familie ai femeilor cu schizofrenie este mai mare decât cel al membrilor de familie ai bărbaților schizofreni, pe când rudele bărbaților prezintă o incidență mai mare a trăsăturilor de personalitate schizoidă și schizotipală decât rudele femeilor.

## Prevalență

Schizofrenia a fost observată în întreaga lume. Prevalența printre adulți este raportată adesea a se situa între 0,5% și 1,5%. Incidența anuală se situează cel mai frecvent între 0,5 și 5 la 10.000. Estimări ale incidenței peste acest domeniu au fost raportate pentru unele grupuri populaționale - de ex., o incidență foarte ridicată la cea de a doua generație de afrocaraibieni stabiliți în Regatul Unit.

Studiile efectuate pe cohorta nașterii sugerează unele variații geografice și istorice în incidență. De exemplu, un risc crescut a fost constatat printre indivizii născuți în mediul urban comparativ cu cei născuți în mediul rural, precum și un declin gradual al incidenței la cei din cohortele de naștere mai recente.

## Evoluție

Etatea medie la debut pentru primul episod psihotic de schizofrenie se situează între începutul și mijlocul anilor 20 pentru bărbați, și în ultima parte a anilor 20 pentru femei. Debutul poate fi brusc sau insidios, dar majoritatea indivizilor prezintă un tip de fază prodromală constând din dezvoltarea lentă și progresivă a unei diversități de semne și simptome (de ex., retragere socială, pierderea interesului pentru școală sau serviciu, deteriorarea igienei și ținutei, comportament insolit, accese coleroase). Membrii familiei pot considera acest comportament dificil de interpretat și presupun că persoana respectivă „trece printr-o fază". În cele din urmă, însă, apariția unui simptom al fazei active marchează perturbarea ca schizofrenie. Etatea la debut poate avea, atât semnificație fiziopatologică, cât și prognostică. Indivizii cu o etate mai mică la debut sunt cel mai adesea bărbați și au o adaptare premorbidă mai rea, performanță educațională mai scăzută, anomalii structurale cerebrale mai evidente, semne și simptome negative mai proeminente, deteriorare cognitivă mai evidentă, după cum reiese la testarea neuropsihologică, și un deznodământ mai rău. Invers, indivizii cu debut mai tardiv sunt cel mai adesea femei, au anomalii structurale cerebrale sau deteriorare cognitivă mai puțin evidente, și au, de asemenea, un deznodământ mai bun.

Cele mai multe studii despre evoluția și deznodământul schizofreniei, sugerează că evoluția poate fi variabilă, unii indivizi prezentând exacerbări și remisiuni, pe când alții rămân suferinzi cronici. Din cauza diversității în definire și stabilire, o expunere exactă a deznodământului schizofreniei pe termen lung nu este posibilă. Remisiunea completă (adică, o revenire la nivelul premorbid de activitate) este probabil rară în această tulburare. Dintre cei care rămân suferinzi, unii par a avea o evoluție relativ stabilă, pe când alții prezintă o înrăutățire progresivă asociată cu o incapacitate severă. La începutul maladiei, simptomele negative pot fi pronunțate, apărând inițial ca elemente prodromale. Ulterior apar și simptomele pozitive. Pentru că aceste simptome pozitive sunt extrem de sensibile la tratament, ele, de regulă, diminuă, însă la mulți indivizi, simptomele negative persistă între episoadele de simptome pozitive. Există unele indicii că simptomele negative pot deveni cu certitudine mai pronunțate la unii indivizi în cursul maladiei. Numeroase studii au indicat un grup de factori care sunt asociați cu un prognostic mai bun. Aceștia includ adaptarea premorbidă bună, debutul acut, etatea mai mare la debut, absența anosognoziei (lipsa conștiinței tulburării), a fi femeie, evenimentele precipitante, perturbarea afectivă asociată, tratamentul cu antipsihotice îndată după debutul tulburării, complianța continuă la tratament (adică, tratamentul precoce și continuu predictează un răspuns mai bun la tratamentul cu medicamente antipsihotice de mai târziu), durata scurtă a simptomelor fazei active, funcționarea interepisodică bună, simptome reziduale minime, absența anomaliilor structurale cerebrale, funcționarea neurologică normală, un istoric familial de tulburare afectivă și nici un istoric familial de schizofrenie.

## Pattern familial

Rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu schizofrenie au un risc de schizofrenie care este de aproape zece ori mai mare decât cel al populației generale. Ratele de concordanță pentru schizofrenie sunt mai mari la gemenii monozigoți decât la gemenii dizigoți. Studiile pe adoptați au arătat că rudele biologice ale indivizilor cu schizofrenie au un risc crescut pentru schizofrenie, pe când rudele adoptive nu. Deși multe date sugerează importanța factorilor genetici în etiologia schizofreniei, existența unei rate discordante considerabile între gemenii monozigoți indică, de asemenea, importanța factorilor de mediu. Unele rude ale indivizilor cu schizofrenie pot avea, de asemenea, un risc crescut pentru un grup de tulburări mentale, denumit cu termenul de *spectru al schizofreniei*. Deși limitele exacte ale spectrului rămân neclare, studiile familiale și pe adoptați sugerează că acesta include probabil tulburarea schizoafectivă și tulburarea schizotipală. Alte tulburări psihotice și tulburările de personalitate paranoidă, schizoidă și evitantă pot aparține, de asemenea, spectrului schizofreniei, dar există puține probe în acest sens.

## Diagnostic diferențial

O mare varietate de condiții medicale generale se poate prezenta cu simptome psihotice. **Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale, deliriumul** sau **demența** sunt diagnosticate când există date din istoric, examenul somatic sau testele de laborator care indică faptul că ideile delirante sau halucinațiile sunt consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (de ex., sindrom Cushing, tumoră cerebrală) (vezi pag. 334). **Tulburarea psihotică indusă de o substanță, deliriumul indus de o substanță și demența persistentă indusă de o**

**substanță** se disting de schizofrenie prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în legătură cu ideile delirante sau cu halucinațiile (vezi pag. 338). Multe tipuri diferite de **tulburări în legătură cu o substanță** pot produce simptome similare celor ale schizofreniei (de ex., uzul prelungit de amfetamină sau de cocaină poate produce idei delirante sau halucinații; uzul de phencyclidină poate produce o mixtură de simptome pozitive sau negative). Pe baza diversității elementelor care caracterizează evoluția schizofreniei și a tulburărilor în legătură cu o substanță, clinicianul trebuie să precizeze dacă simptomele psihotice au fost inițiate și menținute de uzul de o substanță. În mod ideal, clinicianul trebuie să încerce să observe individul în cursul unei perioade prelungite de abstinență (de ex., 4 săptămâni). Deoarece astfel de perioade prelungite de abstinență sunt adesea dificil de realizat, clinicianul poate fi obligat să ia în considerație alte date, cum ar fi faptul dacă simptomele psihotice par a fi exacerbate de o substanță și diminua când aceasta este întreruptă, relativa severitate a simptomelor psihotice în raport cu cantitatea și durata uzului de substanță și cunoașterea simptomelor caracteristice produse de o anumită substanță (de ex., amfetamina produce de regulă idei delirante și stereotipii, dar nu și aplatizare afectivă sau simptome negative proeminente).

Distingerea schizofreniei de **tulburarea afectivă cu elemente psihotice** și de **tulburarea schizoafectivă** este dificilă din cauza faptului că perturbarea afectivă este frecventă în cursul fazelor prodromală, activă și reziduală ale schizofreniei. Dacă simptomele psihotice survin exclusiv în cursul perioadelor de perturbare afectivă, diagnosticul va fi cel de tulburare afectivă cu elemente psihotice. În tulburarea schizoafectivă, trebuie să existe un episod afectiv care este concomitent cu simptomele fazei active a schizofreniei, simptomele afective trebuie să fie prezente o porțiune considerabilă din durata totală a perturbării, iar ideile delirante sau halucinațile trebuie să fie prezente timp de cel puțn 2 săptămâni, în absența unor simptome afective proeminente. Din contra, simptomele afective din schizofrenie au, fie o durată scurtă în raport cu durata totală a perturbării, survin numai în fazele prodromală sau reziduală, ori nu satisfac complet criteriile pentru un episod depresiv. Când simptomele afective care satisfac complet criteriile pentru un episod afectiv sunt suprapuse peste schizofrenie și sunt de o semnificație clinică specială, poate fi pus diagnosticul adițional de **tulburare depresivă fără altă specificație** sau de **tulburare bipolară fără altă specificație**. Schizofrenia de tip catatonic poate fi dificil de distins de **tulburarea afectivă cu elemente catatonice.**

Prin definiție, schizofrenia diferă de **tulburarea schizofreniformă** pe baza duratei. Schizofrenia implică prezența de simptome (inclusiv simptomele prodromale sau reziduale) timp de cel puțin 6 luni, pe când durata totală a simptomelor în tulburarea schizofreniformă trebuie să fie de cel puțin o lună și de mai puțin de 6 luni. Tulburarea schizofreniformă, de asemenea, nu cere un declin în activitate. **Tulburarea psihotică scurtă** este definită prin prezența de idei delirante, halucinații, limbaj dezorganizat sau comportament catatonic ori flagrant dezorganizat durând cel puțin o zi, dar mai puțin de o lună.

Diagnosticul diferențial dintre schizofrenie și **tulburarea delirantă** se bazează pe natura ideilor delirante (idei delirante nonbizare) și pe absența altor simptome caracteristice de schizofrenie (de ex., halucinații, limbaj sau comportament dezorganizat sau simptome negative notabile). Tulburarea delirantă este extrem de dificil de diferențiat de tipul paranoid de schizofrenie, deoarece acest subtip nu include limbajul dezorganizat marcant, comportamentul dezorganizat ori afectul

plat sau inadecvat și adesea este asociată cu mai puțin declin în funcționare decât este caracteristic celorlalte subtipuri de schizofrenie. Când este prezentă o funcționare psihosocială redusă în tulburarea delirantă, aceasta provine direct din înșeși convingerile delirante.

Un diagnostic de **tulburare psihotică fără altă specificație** poate fi pus dacă nu sunt disponibile suficiente informații pentru a putea alege între schizofrenie și alte tulburări psihotice (de ex., tulburarea schizoafectivă) ori pentru a stabili dacă simptomele prezentate sunt induse de o substanță ori sunt rezultatul unei condiții medicale generale. O astfel de incertitudine este foarte posibil să survină precoce în evoluția tulburării.

Deși schizofrenia și **tulburările de dezvoltare pervasivă** (de ex., tulburarea autistă) au în comun perturbări de limbaj, afect și relaționare interpersonală, ele pot fi distinse printr-o serie de particularități. Tulburările de dezvoltare pervasivă sunt în mod caracteristic recunoscute din perioada de sugar sau din mica copilărie (de regulă înainte de etatea de 3 ani), în timp ce un astfel de debut precoce este rar în schizofrenie. Mai mult decât atât, în tulburările de dezvoltare pervasivă sunt absente ideile delirante și halucinațiile proeminente, anomaliile afective sunt mai pronunțate, iar limbajul este absent sau minim și caracterizat prin stereotipii și anomalii în prozodie. Schizofrenia poate apare ocazional la indivizii cu tulburare de dezvoltare pervasivă; diagnosticul de schizofrenie este justificat la indivizii cu un diagnostic preexistent de tulburare autistă ori de altă tulburare de dezvoltare pervasivă, numai dacă halucinații sau idei delirante proeminente au fost prezente timp de cel puțin o lună. Schizofrenia cu debut în copilărie trebuie să fie distinsă de **tablourile clinice din copilărie care combină limbajul dezorganizat** (dintr-o **tulburare de comunicare**) și comportamentul dezorganizat (din **tulburarea hiperactivitate/ deficit de atenție**).

Schizofrenia are elemente comune (de ex., ideație paranoidă, gândire magică, evitare socială și limbaj digresiv și vag) cu **tulburările de personalitate schizotipală, schizoidă sau paranoidă** și poate fi precedată de acestea. Un diagnostic adițional de schizofrenie este oportun atunci când simptomele sunt suficient de severe pentru a satisface criteriul A al schizofreniei. Tulburarea de personalitate preexistentă poate fi notată pe axa II urmată de „premorbidă" în paranteză (de ex., tulburare de personalitate schizotipală [premorbidă]).

## Criteriile de diagnostic pentru Schizofrenie

A. *Simptome caracteristice:* două (sau mai multe) dintre următoarele simptome, fiecare prezent o porțiune semnificativă de timp în cursul unei perioade de o lună (sau mai puțin, dacă sunt tratate cu succes):

(1) idei delirante;
(2) halucinații;
(3) limbaj dezorganizat (de ex., deraieri frecvente sau incoerență);
(4) comportament catatonic sau flagrant dezorganizat;
(5) simptome negative, adică aplatizare afectivă, alogie sau avoliție.

**Notă:** Este necesar numai un singur simptom de la criteriul A, dacă ideile delirante sunt bizare ori halucinațiile constau dintr-o voce care comentează continuu comportamentul sau gândurile persoanei, ori două sau mai multe voci care conversează între ele.

B. *Disfuncție socială/profesională:* O porțiune semnificativă de timp de la debutul perturbării, unul sau mai multe domenii majore de funcționare, cum ar fi serviciul, relațiile interpersonale ori autoîngrijirea, sunt considerabil sub nivelul atins anterior debutului (sau când debutul are loc în copilărie ori în adolescență, incapacitatea de a atinge nivelul așteptat de realizare interpersonală, școlară sau profesională).

C. *Durata:* Semne continue ale perturbării persistând timp de cel puțin 6 luni. Această perioadă de 6 luni trebuie să includă cel puțin o lună (sau mai puțin, dacă sunt tratate cu succes) de simptome care satisfac criteriul A (adică, simptome ale fazei active) și poate include perioade de simptome prodromale sau reziduale. În cursul acestor perioade prodromale sau reziduale, semnele perturbării se pot manifesta numai prin simptome negative ori două sau mai multe simptome menționate la criteriul A, prezente într-o formă atenuată (de ex., convingeri stranii, experiențe perceptuale insolite).

D. *Excluderea tulburării schizoafective și a tulburării afective:* Tulburarea schizoafectivă și tulburarea afectivă cu elemente psihotice au fost excluse, deoarece fie (1) nici un fel de episoade depresive majore, maniacale sau mixte nu au survenit concomitent cu simptomele fazei active, ori (2) dacă episoadele au survenit în timpul simptomelor fazei active, durata lor totală a fost mai scurtă în raport cu durata perioadelor, activă și reziduală

E. *Excluderea unei substanțe/condiții medicale generale:* Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau unei condiții medicale generale.

F. *Relația cu o tulburare de dezvoltare pervasivă:* Dacă există un istoric de tulburare autistă sau de altă tulburare de dezvoltare pervasivă, diagnosticul adițional de schizofrenie este pus, numai dacă idei delirante sau halucinații proeminente sunt, de asemenea, prezente timp de cel puțin o lună (sau mai puțin, dacă sunt tratate cu succes).

*Clasificarea longitudinală a evoluției* (poate fi aplicată numai după trecerea a cel puțin 1 an de la debutul inițial al simptomelor fazei active):

**Episodică, cu simptome reziduale interepisodice** (episoadele sunt definite prin reapariția de simptome psihotice proeminente); *de asemenea, de specificat dacă*: **Cu simptome negative proeminente**
**Episodică, fără nici un fel de simptome interepisodice**
**Continuă** (simptome psihotice proeminente sunt prezente pe toată durata perioadei de observație); *de asemenea, de specificat dacă*: **Cu simptome negative proeminente**
Episod unic în remisiune parțială; *de asemenea, de specificat dacă*: **Cu simptome negative** proeminente
**Episod unic în remisiune completă**
**Alt pattern sau pattern nespecificat**

## Subtipurile de Schizofrenie

Subtipurile de schizofrenie sunt definite prin simptomatologia predominantă în timpul evaluării. Cu toate că implicațiile prognostice și de tratament ale subtipurilor sunt diferite, tipurile paranoid și dezorganizat tind a fi cel mai puțin severe și, respectiv, cel mai sever. Diagnosticul unui anumit subtip se bazează pe tabloul clinic care a ocazionat cea mai recentă evaluare sau internare pentru asistență medicală și, deci, poate fi schimbat în decursul timpului. Destul de des, tabloul clinic poate include simptome care sunt caracteristice pentru mai mult decât un singur subtip. Alegerea între subtipuri depinde de următorul algoritm: tipul catatonic este desemnat ori de câte ori sunt prezente simptome catatonice proeminente (cu excepția prezenței altor simptome); tipul dezorganizat este desemnat ori de câte ori limbajul și comportamentul dezorganizat și afectul plat sau inadecvat sunt proeminente (exceptând cazul când tipul catatonic este, de asemenea, prezent; tipul paranoid este desemnat ori de câte ori există o preocupare în legătură cu idei delirante, ori halucinații frecvente sunt proeminente (exceptând cazul când tipul catatonic sau dezorganizat este prezent). Tipul nediferențiat este o categorie reziduală care descrie tablourile clinice care includ simptome proeminente ale fazei active care nu satisfac criteriile pentru tipul catatonic, dezorganizat sau paranoid; tipul rezidual este destinat tablourilor clinice în care este evidentă continuitatea perturbării, dar criteriile pentru simptomele fazei active nu mai sunt satisfăcute.

Din cauza valorii limitate a subtipurilor de schizofrenie în condiții clinice și de cercetare (de ex., predicția evoluției, răspunsului la tratament, corelatelor maladiei) sunt investigate activ scheme de subtipare alternativă. Alternativa cu cel mai larg support la ora actuală propune că trei dimensiuni de psihopatologie (psihotică, dezorganizată și negativă) pot surveni împreună în diverse moduri la indivizii cu schizofrenie. Această alternativă dimensională este descrisă în anexa B (pag. 765).

## 295.30 Tipul Paranoid

Elementul esențial al tipului paranoid de schizofrenie îl constituie prezența de idei delirante sau de halucinații auditive proeminente în contextul unei prezervări

relative a funcționării cognitive și a afectului. Simptomele caracteristice tipurilor dezorganizat și catatonic (de ex., limbajul dezorganizat, afectul plat sau inadecvat, comportamentul catatonic sau dezorganizat) nu sunt proeminente. Ideile delirante sunt de regulă de persecuție sau de grandoare ori mixte, dar pot surveni, de asemenea, și idei delirante cu alte teme (de ex., de gelozie, religiositate sau somatizare). Ideile delirante pot fi multiple, dar de regulă sunt organizate în jurul unei teme coerente. Halucinațiile sunt de regulă în raport cu conținutul temei delirante. Elementele asociate includ anxietatea, furia, răceala și cearta. Individul poate avea o manieră de a fi superior și protector, și, fie o calitate formală, emfatică, fie intensitate extremă în interacțiunile interpersonale. Temele de persecuție pot predispune individul la comportament suicidar, iar combinarea ideilor delirante de persecuție și de grandoare cu furia poate predispune individul la violență. Debutul tinde a fi mai tardiv în viață decât în celelalte tipuri de schizofrenie, iar caracteristicile sale distinctive pot fi mai stabile în decursul timpului. Acești indivizi prezintă de regulă doar puțină sau nici un fel de deteriorare la testarea neuropsihologică sau la altă testare cognitivă. Unele date sugerează că prognosticul pentru tipul paranoid poate fi considerabil mai bun decât al celorlalte tipuri de schizofrenie, în special în ceea ce privește funcționarea profesională și capacitatea de a duce o viață independentă.

### Criteriile de diagnostic pentru 295.30 Tipul Paranoid

Un tip de schizofrenie în care sunt satisfăcute următoarele criterii:

A. Preocupare pentru una sau mai multe idei delirante sau halucinații auditive frecvente.

B. Nici unul dintre următoarele simptome nu este proeminent: limbaj dezorganizat, comportament catatonic sau dezorganizat, sau afect plat ori inadecvat.

## 295.10 Tipul Dezorganizat

Elementele esențiale ale tipului dezorganizat de schizofrenie sunt constituite de limbajul dezorganizat, comportamentul dezorganizat și afectul plat sau inadecvat. Limbajul dezorganizat poate fi acompaniat de tonterie și râs, care nu sunt în strânsă legătură cu conținutul limbajului. Dezorganizarea comportamentului (adică, lipsa de orientare spre un scop) poate duce la o ruptură severă în capacitatea de a efectua activitățile vieții cotidiene (de ex., dușul, îmbrăcatul sau prepararea mâncării). Nu sunt satisfăcute criteriile pentru tipul catatonic de schizofrenie, iar ideile delirante sau halucinațiile, dacă sunt prezente, sunt fragmentare și neorganizate într-o temă coerentă. Elementele asociate includ grimasele, manierismele și alte bizarerii de comportament. Deteriorarea performanței poate fi notată la diverse teste neuropsihologice sau cognitive. Acest subtip este, de asemenea, asociat de regulă cu o personalitate premorbidă săracă, debut precoce și insidios, și o evoluție continuă, fără remisiuni semnificative. Istoric, și în alte sisteme de clasificare, acest tip este denumit hebefrenic.

### Criteriile de diagnostic pentru 295.10 Tipul Dezorganizat

Un tip de schizofrenie în care sunt satisfăcute următoarele criterii:

A. Oricare dintre următoarele sunt proeminente:

(1) limbaj dezorganizat;
(2) comportament dezorganizat;
(3) afect plat sau inadecvat.

B. Nu sunt satisfăcute criteriile pentru tipul catatonic.

## 295.20 Tipul Catatonic

Elementul esențial al tipului catatonic de schizofrenie îl constituie o perturbare psihomotorie marcată care poate implica imobilitate motorie, activitate motorie excesivă, negativism extrem, mutism, bizarerii ale mișcărilor voluntare, ecolalie sau ecopraxie. Imobilitatea motorie se poate manifesta prin catalepsie (flexibilitate ceroasă) sau stupor. Activitatea motorie excesivă este evident lipsită de scop și nu este influențată de stimuli externi. Poate exista un negativism extrem care se manifestă prin menținerea unei posturi rigide contra tuturor încercărilor de a fi mișcat sau prin rezistență la toate instrucțiunile. Bizareriile mișcărilor voluntare se manifestă prin asumarea voluntară a unor posturi bizare ori prin grimase proeminente. Ecolalia este repetarea patologică, asemenea unui papagal și evident fără sens, a unui cuvânt sau expresii abia pronunțate de altă persoană. Ecopraxia este imitația repetitivă a mișcărilor altei persoane. Elementele accesorii includ stereotipiile, manierismele și supunerea automată sau mimarea. În cursul stuporului sau excitației catatonice severe, persoana respectivă poate necesita o supraveghere atentă spre a se evita autovătămarea sau vătămarea altora. Există riscuri potențiale pentru subnutrire, epuizare, febră sau leziuni autoprovocate. Pentru a diagnostica acest subtip, tabloul clinic al individului trebuie să satisfacă mai întâi complet criteriile pentru schizofrenie și să nu fie explicat mai bine de o altă etiologie: indus de o substanță (de ex., parkinsonismul indus de neuroleptice, vezi pag. 792), cauzat de o condiție medicală generală (vezi pag. 185) sau apărând în cursul unui episod maniacal ori depresiv major (vezi pag. 418).

### Criteriile de diagnostic pentru 295.20 Tipul Catatonic

Un tip de schizofrenie în care tabloul clinic este dominat de cel puțin două dintre următoarele:

(1) imobilitate motorie evidențiată prin catalepsie (incluzând flexibilitatea ceroasă) sau stupor;

(2) activitate motorie excesivă (care este evident lipsită de sens și nu este influențată de stimuli externi);

(3) negativism extrem (o rezistență evident nemotivată la toate instrucțiunile ori menținerea unei posturi rigide la încercările de a fi mișcat) sau mutism;

(4) bizarerii ale mișcării voluntare evidențiate prin posturi (asumarea voluntară a unor posturi inadecvate sau bizare), mișcări stereotipe, manierisme sau grimase proeminente;

(5) ecolalie sau ecopraxie.

## 295.90 Tipul Nediferențiat

Elementul esențial al tipului nediferențiat de schizofrenie îl constituie prezența de simptome care satisfac criteriul A al schizofreniei, dar care nu satisfac criteriile pentru tipul paranoid, dezorganizat sau catatonic.

### Criteriile de diagnostic pentru 295.90 Tipul Nediferențiat

Un tip de schizofrenie în care sunt prezente simptome care satisfac criteriul A, dar nu sunt satisfăcute criteriile pentru tipurile paranoid, dezorganizat sau catatonic.

## 295.60 Tipul Rezidual

Tipul rezidual de schizofrenie trebuie să fie utilizat când a existat cel puțin un episod de schizofrenie, dar tabloul clinic actual nu prezintă simptome psihotice pozitive proeminente (de ex., idei delirante, halucinații, limbaj sau comportament dezorganizat). Există proba unei continuități a perturbării, după cum este indicat de prezența simptomelor negative (de ex., afectul plat, indigența limbajului sau avoliția) ori două sau mai multe simptome pozitive atenuate (de ex., comportament excentric, limbaj ușor dezorganizat sau convingeri bizare). Dacă sunt prezente idei delirante sau halucinații, ele nu sunt proeminente și nu sunt acompaniate de un afect puternic. Evoluția tipului rezidual poate fi limitată în timp și reprezintă o tranziție între un episod pe deplin dezvoltat și remisiunea completă. Însă, el poate fi, de asemenea, prezent continuu timp de mulți ani, cu sau fără exacerbări acute.

### Criteriile de diagnostic pentru 295.60 Tipul Rezidual

Un tip de schizofrenie în care sunt satisfăcute următoarele criterii:

A. Absența ideilor delirante, a halucinațiilor, limbajului dezorganizat și a comportamentului catatonic sau flagrant dezorganizat, proeminente.

B. Există proba continuității perturbării, indicată de prezența de simptome negative ori a două sau mai multe simptome menționate la criteriul A pentru schizofrenie, prezente într-o formă atenuată (de ex., convingeri bizare, experiențe perceptive insolite).

## 295.40 Tulburarea Schizofreniformă

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale tulburării schizofreniforme sunt identice cu cele ale schizofreniei (criteriul A), cu excepția a două diferențe: durata totală a maladiei (incluzând fazele prodromală, activă și reziduală) este de cel puțin o lună, dar de mai puțin de 6 luni (criteriul B), iar deteriorarea activității sociale sau profesionale în cursul unei părți a maladiei nu este necesară (deși ea poate surveni). Durata cerută pentru tulburarea schizofreniformă este intermediară între cea pentru tulburarea psihotică scurtă (în care simptomele durează cel puțin o zi, dar mai puțin de o lună) și schizofrenie (în care simptomele persistă timp de cel puțin 6 luni). Diagnosticul de tulburare schizofreniformă se pune în două situații. În prima, diagnosticul se aplică fără nici o nuanțare unui episod de maladie cu o durată între 1 și 6 luni din care individul s-a recuperat deja. În ceade a doua situație, diagnosticul se aplică atunci când o persoană care, deși simptomatică, este așa pentru mai puțin decât cele 6 luni cerute pentru diagnosticul de schizofrenie. În acest caz, diagnosticul de tulburare schizofreniformă trebuie să fie etichetat ca „provizoriu", deoarece nu există nici o certitudine că individul se va recupera din tulburare în decursul unei perioade de 6 luni. Dacă perturbarea persisită peste 6 luni, diagnosticul va fi schimbat cu cel de schizofrenie.

### Specificanți

Următorii specificanți pentru tulburarea schizofreniformă pot fi utilizați pentru a indica prezența sau absența elementelor care pot fi asociate cu un prognostic mai bun:

**Cu elemente de prognostic bun.** Acest specificant este utilizat dacă cel puțin două dintre următoarele elemente sunt prezente: debut al simptomelor psihotice proeminente în decurs de 4 săptămâni de la prima schimbare notabilă în comportamentul sau funcționarea uzuală, confuzie sau perplexitate în momentul culminant al episodului psihotic, funcționarea socială sau profesională premorbidă bună și absența afectului obtuz sau plat.

**Fără elemente de prognostic bun.** Acest specificant este utilizat dacă două sau maimulte dintre elementele de mai sus nu au fost prezente.

## Elemente și tulburări asociate

A se vedea, de asemenea, discuția din secțiunea „Elemente și tulburări asociate" pentru schizofrenie, pag. 304. Contrar schizofreniei, deteriorarea în funcționarea socială și profesională nu este cerută pentru diagnosticul de tulburare schizofreniformă. Cu toate acestea însă, cei mai mulți indivizi prezintă disfuncții în diversele domenii ale funcționării cotidiene (de ex., la serviciu sau la școală, în relațiile interpersonale și în autoîngrijire).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Pentru o discuție suplimentară despre factorii, cultură, etate și sex, relevanți pentru diagnosticul de tulburare schizofreniformă, vezi secțiunea „Elemente specifice culturii, etății și sexului" pentru schizofrenie (pag. 306). Există date, conform cărora în țările în curs de dezvoltare recuperarea din tulburările psihotice poate fi mai rapidă, ceea ce duce la procente mai ridicate de tulburare schizofreniformă decât de schizofrenie.

## Prevalență

Probele disponibile sugerează variații în incidență pe secțiune transversală prin condițiile socioculturale. În Statele Unite și în alte țări dezvoltate, incidența este redusă, posibil de până la cinci ori mai mică decât cea a schizofreniei. În țările în curs de dezvoltare, incidența este substanțial mai mare, în special pentru subtipul cu „Cu elemente de prognostic bun". În unele dintre aceste condiții, tulburarea schizofreniformă poate fi la fel de frecventă ca și schizofrenia.

## Evoluție

Există puține informații disponibile despre evoluția tulburării schizofreniforme. Aproximativ o treime dintre indivizii cu diagnosticul inițial de tulburare schizofreniformă (provizoriu) se recuperează în decursul perioadei de 6 luni și primesc ca diagnostic final, diagnosticul de tulburare schizofreniformă. Din restul de două treimi, majoritatea vor progresa spre diagnosticul de schizofrenie sau de tulburare schizoafectivă.

## Pattern familial

Puține studii familiale au fost centrate pe tulburarea schizofreniformă. Probele disponibile sugerează că rudele indivizilor cu tulburare schizofreniformă au un risc crescut pentru schizofrenie.

## Diagnostic diferențial

Deoarece criteriile de diagnostic pentru schizofrenie și tulburarea schizofreniformă diferă în primul rând în termeni de durată a maladiei, discutarea diagnosticului diferențial al schizofreniei (pag. 309) se aplică, de asemenea, și la tulburarea schizofreniformă. Tulburarea schizofreniformă diferă de **tulburarea psihotică scurtă** care are o durată de mai puțin de o lună.

### Criteriile de diagnostic pentru 295.40 Tulburarea Schizofreniformă

A. Sunt satisfăcute criteriile A, D și E ale schizofreniei.

B. Un episod al tulburării (incluzând fazele prodromală, activă și reziduală) durează cel puțin o lună, dar mai puțin de 6 luni. (Când trebuie pus diagnosticul fără a se aștepta recuperarea, diagnosticul trebuie etichetat ca „provizoriu").

*De specificat dacă:*

**Fără elemente de prognostic bun**

**Cu elemente de prognostic bun**, ca evidențiat de două (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) debut al simptomelor psihotice proeminente în decurs de 4 săptămâni de la prima modificare notabilă în comportamentul sau funcționarea uzuală,
(2) confuzie sau perplexitate la apogeul episodului psihotic;
(3) funcționare socială sau profesională premorbidă bună;
(4) absența afectului plat sau obtuz.

## 295.70 Tulburarea Schizoafectivă

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării schizoafective îl constituie o perioadă neîntreruptă de maladie în cursul căreia, la un moment dat, există un episod depresiv major, maniacal sau mixt, concomitent cu simptome care satisfac criteriul A pentru schizofrenie (criteriul A). Pe lângă aceasta, în cursul aceleiași perioade de maladie, există idei delirante sau halucinații timp de cel puțin 2 săptămâni, în absența unor simptome afective proeminente (criteriul B). În fine, simptomele afective sunt prezente o porțiune substanțială de timp din durata totală a maladiei (criteriul C). Simptomele nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., cocainei) sau unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismului sau epilepsiei lobului temporal) (criteriul D). Spre a satisface criteriile pentru tulburarea schizoafectivă, elementele esențiale trebuie să apară în cursul unei singure perioade neîntrerupte de maladie. Expresia „perioadă de maladie", așa cum este utilizată aici, se referă la perioada de timp în cursul căreia individul continuă să prezinte simptome active sau reziduale de maladie psihotică. Pentru unii indivizi, perioada de maladie poate dura ani sau chiar zeci de ani. O perioadă de maladie se consideră ca terminată, atunci când individul s-a recuperat pentru un interval considerabil de timp și nu mai prezintă nici un simptom semnificativ al tulburării.

Faza maladiei cu simptome afective și psihotice concomitente se caracterizează prin faptul că sunt satisfăcute complet criteriile, atât pentru faza activă a schizofreniei (adică, criteriul A) (vezi pag. 298), cât și pentru episodul depresiv major (pag. 349), episodul maniacal (pag. 357) sau mixt (pag. 362). Durata

episodului depresiv major trebuie să fie de cel puțin 2 săptămâni; durata episodului maniacal sau mixt trebuie să fie de cel puțin o săptămână. Deoarece simptomele psihotice trebuie să aibă o durată totală de cel puțin o lună pentru a satisface criteriul A pentru schizofrenie, durata minimă a unui episod schizoafectiv este, de asemenea, de o lună. Un element esențial al episodului depresiv major îl constituie prezența, fie a dispoziției depresive, fie a unei diminuări marcate a interesului sau plăcerii. Pentru că pierderea interesului sau plăcerii este atât de frecventă în tulburările psihotice nonafective, pentru a satisface criteriul A al tulburării schizoafective, episodul depresiv major trebuie să includă dispoziția depresivă pervasivă (adică, prezența diminuării marcate a interesului sau plăcerii nu este suficientă). Faza tulburării numai cu simptome psihotice singure este caracterizată prin idei delirante sau halucinații care durează cel puțin 2 săptămâni. Deși unele simptome afective pot fi prezente în cursul acestei faze, ele nu sunt proeminente. Această precizare poate fi dificil de făcut și poate necesita o observație longitudinală și multiple surse de informații.

Simptomele tulburării schizoafective pot surveni într-o varietate de patternuri temporale. Următorul este un pattern tipic: un individ poate avea halucinații auditive și idei delirante de persecuție pronunțate timp de 2 luni, înaintea episodului depresiv major. Simptomele psihotice și episodul depresiv major complet sunt prezente timp de 3 luni. Apoi, persoana se recuperează complet din episodul depresiv major, dar simptomele psihotice mai persistă încă o lună, înainte de a dispare. În cursul acestei perioade de maladie, simptomele individului satisfac concomitent criteriile pentru episodul depresiv major și criteriul A pentru schizofrenie, și în cursul acestei perioade de maladie sunt prezente halucinații auditive și idei delirante, atât înainte, cât și după faza depresivă. Perioada totală de maladie durează timp de aproape 6 luni, cu simptome psihotice singure prezente în cursul primelor 2 luni, atât cu simptome depresive, cât și psihotice prezente în cursul următoarelor 3 luni, și cu simptome psihotice singure prezente în cursul ultimei luni. În acest caz, durata episodului depresiv nu a fost scurtă în raport cu durata totală a perturbării psihotice, și ca atare tabloul clinic se pretează la diagnosticul de tulburare schizoafectivă.

Criteriul C pentru tulburarea schizoafectivă specifică faptul că simptomele afective care satisfac criteriile pentru un episod depresiv trebuie să fie prezente o porțiune substanțială de timp din întreaga perioadă de maladie. Dacă simptomele afective sunt prezente numai o scurtă perioadă de timp, diagnosticul este cel de schizofrenie și nu de tulburare schizoafectivă. În evaluarea acestui criteriu, clinicianul trebuie să stabilească intervalul de timp din cursul perioadei continue de maladie psihotică (adică, atât simptome active, cât și reziduale), în care au existat simptome afective semnificative acompaniind simptomele psihotice. Operaționalizarea a ceea ce se înțelege prin „o porțiune substanțială de timp" necesită judecata clinică. De exemplu, un individ, cu un istoric de 4 ani de simptome active și reziduale de schizofrenie dezvoltă un episod depresiv major suprapus care durează timp de 5 săptămâni, în cursul căruia simptomele psihotice persistă. Acest tablou clinic nu satisface criteriul pentru „o porțiune substanțială din durata totală", deoarece simptomele care satisfac criteriile pentru un episod depresiv au apărut numai pentru 5 săptămâni din totalul de 4 ani de perturbare. În acest exemplu, diagnosticul rămâne cel de schizofrenie, cu diagnosticul adițional de tulburare depresivă fără altă specificație, pentru a indica episodul depresiv major suprapus.

## Subtipuri

Pe baza componentei afective a tulburării pot fi menționate două subtipuri de tulburare schizoafectivă:

**Tipul bipolar.** Acest subtip se aplică dacă un episod maniacal sau un episod mixt este parte a tabloului clinic. Pot surveni, de asemenea, episoade depresive majore.

**Tipul depresiv.** Acest subtip se aplică numai dacă doar episoade depresive sunt parte a tabloului clinic.

## Elemente și tulburări asociate

Pot exista o reducere a activității profesionale, o restrângere a sferei contactelor sociale, precum și dificultăți în autoîngrijire și o creștere a riscului de suicid asociate cu tulburarea schizoafectivă. Simptomele negative și reziduale sunt de regulă mai puțin severe și mai puțin cronice decât cele observate în schizofrenie. Indivizii cu tulburare schizoafectivă sunt supuși unui risc crescut de a dezvolta mai târziu episoade de tulburare afectivă pură (de ex., tulburare depresivă majoră sau tulburare bipolară), de schizofrenie sau de tulburare schizofreniformă. Pot fi asociate tulburări în legătură cu alcoolul și alte substanțe. Date clinice limitate sugerează faptul că tulburarea schizoafectivă poate fi precedată de tulburarea de personalitate schizoidă, schizotipală, borderline sau paranoidă.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Pentru o discuție suplimentară a factorilor cultură, etate și sex, relevanți pentru evaluarea simptomelor psihotice, vezi textul pentru schizofrenie (pag. 306), iar pentru discutarea unor astfel de factori relevanți pentru diagnosticul tulburărilor afective, vezi pag. 372 și pag. 385. Tulburarea schizoafectivă, tipul bipolar, poate fi mai frecventă la adulții tineri, pe când tulburarea schizoafectivă, tipul depresiv, poate fi mai frecventă la adulții mai în etate. În comparație cu schizofrenia, tulburarea schizoafectivă survine probabil mai frecvent la femei.

## Prevalență

Informații detaliate lipsesc, dar tulburarea schizoafectivă pare a fi mai puțin frecventă decât schizofrenia.

## Evoluție

Etatea tipică la debut a tulburării schizoafective se situează probabil la începutul perioadei adulte, deși debutul poate surveni oricând din adolescență până târziu în viață. Prognosticul tulburării schizoafective este într-o anumită măsură mai bun decât prognosticul schizofreniei, dar considerabil mai rău decât prognosticul tulburărilor afective. Sunt frecvente disfuncții substanțiale în funcționarea socială sau profesională. Prezența evenimentelor sau a stresorilor precipitanți este asociată cu un prognostic mai bun. Deznodământul tulburării schizoafective, tipul bipolar, poate fi mai bun decât cel al tulburării schizoafective, tipul depresiv.

## Pattern familial

Există date substanțiale referitoare la riscul crescut de schizofrenie al rudelor biologice de gradul I ale indivizilor cu tulburare schizoafectivă. De asemenea, cele mai multe studii arată că rudele indivizilor cu tulburare schizoafectivă prezintă un risc crescut de tulburări afective.

## Diagnostic diferențial

Condițiile medicale generale și uzul unei substanțe se pot prezenta cu o combinație de simptome psihotice și afective. **Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale**, un **delirium** sau o **demență** sunt diagnosticate când, din istoric, examenul somatic sau testele de laborator, rezultă probe care indică faptul că simptomele sunt consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale (vezi pag. 334). **Tulburarea psihotică indusă de o substanță** și **deliriumul indus de o substanță** se disting de tulburarea schizoafectivă prin faptul că o substantă (de ex., un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu simptomele (vezi pag. 338).

Distingerea tulburării schizoafective de **schizofrenie** și de **tulburarea afectivă cu elemente psihotice** este adesea dificilă. În tulburarea schizoafectivă, trebuie să existe un episod afectiv concomitent cu simptomele fazei active a schizofreniei, simptomele afective trebuie să fie prezente o porțiune substanțială din durata totală a perturbării, iar ideile delirante și halucinațiile trebuie să fie prezente timp de cel puțin 2 săptămâni, în absența unor simptome afective notabile. Din contra, simptomele afective în schizofrenie au fie o durată mai scurtă decât durata totală a perturbării, survin numai în cursul fazelor prodromală sau reziduală, fie că nu satisfac complet criteriile pentru un episod afectiv. Dacă simptomele psihotice survin exclusiv în cursul perioadelor de perturbare afectivă, diagnosticul este cel de tulburare afectivă cu elemente psihotice. În tulburarea schizoafectivă, simptomele nu trebuie să conteze pentru un episod afectiv dacă ele sunt în mod clar rezultatul simptomelor schizofreniei (de ex., dificultate în a adormi din cauza halucinațiilor auditive disturbante, pierdere în greutate pentru că mâncarea este considerată otrăvită, dificultate în concentrare din cauza dezorganizării psihotice). Pierderea interesului sau plăcerii este frecventă în tulburările psihotice nonafective și de aceea, pentru a satisface criteriul A al tulburării schizoafective, episodul depresiv major trebuie să includă dispoziția depresivă pervasivă.

Deoarece proporția relativă de simptome afective versus simptome psihotice se poate schimba în decursul perturbării, diagnosticul corespunzător pentru un episod individual de maladie se poate schimba din tulburare schizoafectivă în schizofrenie (de ex., un diagnostic de tulburare schizoafectivă, pentru un episod depresiv major proeminent și sever durând 3 luni în cursul primelor 6 luni ale unei maladii psihotice cronice, va fi schimbat cu cel de schizofrenie, dacă simptome psihotice active sau simptome reziduale notabile persistă timp de mai mulți ani, fără recurența unui alt episod afectiv). Diagnosticul se poate schimba, de asemenea, pentru diferite episoade de maladie separate printr-o perioadă de recuperare. De exemplu, un individ poate avea un episod de simptome psihotice care satisfac criteriul A pentru schizofrenie în cursul unui episod depresiv major, se recuperează complet din acest episod, iar mai târziu dezvoltă 6 săptămâni de idei delirante și de halucinații, fără simptome afective notabile. Diagnosticul în acest caz nu va fi cel de tulburare schizoafectivă, deoarece perioada de idei delirante și de halucinații nu s-a continuat cu perioada inițială a

perturbării. Ca atare, diagnosticul corespunzător pentru primul episod va fi cel de tulburare afectivă cu elemente psihotice, în remisiune completă și de tulburare schizofreniformă (provizoriu) pentru episodul actual.

Perturbări afective, în special depresie, apar frecvent în cursul tulburării delirante. Însă, aceste tablouri clinice nu satisfac criteriile pentru tulburarea schizoafectivă, deoarece în tulburarea delirantă simptomele psihotice sunt reduse la idei delirante nonbizare și, deci, nu satisfac criteriul A pentru tulburarea schizoafectivă.

Dacă există informații insuficiente referitoare la relațiile dintre simptomele psihotice și cele afective, diagnosticul cel mai adecvat poate fi cel de tulburare psihotică fără altă specificație.

### Criteriile de diagnostic pentru 295.70 Tulburarea Schizoafectivă

A. O perioadă neîntreruptă de maladie în cursul căreia, la un moment dat există, fie un episod depresiv major, un episod maniacal, ori un episod mixt, concomitent cu simptome care satisfac criteriul A pentru schizofrenie.

**Notă:** Episodul depresiv major trebuie să includă criteriul A1: dispoziție depresivă.

B. În cursul aceleiași perioade de maladie, au existat idei delirante sau halucinații timp de cel puțin 2 săptămâni în absența unor simptome afective proeminente.

C. Simptomele care satisfac criteriile pentru un episod afectiv sunt prezente o porțiune substanțială din durata totală a perioadelor activă și reziduală ale maladiei.

D. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori unei condiții medicale generale.

*De specificat tipul:*

**Tip bipolar:** dacă perturbarea include un episod maniacal sau mixt (ori un episod maniacal sau un episod mixt și episoade depresive majore).
**Tip depresiv:** dacă perturbarea include numai episoade depresive majore.

## 297.1 Tulburarea Delirantă

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării delirante îl constituie prezența uneia sau a mai multor idei delirante nonbizare care persistă cel puțin o lună (criteriul A). Diagnosticul de tulburare delirantă nu se pune dacă individul a avut cândva un tablou clinic care a satisfăcut criteriul A pentru schizofrenie (criteriul B). Halucinațiile auditive sau vizuale, dacă sunt prezente, nu sunt proeminente. Halucinațiile tactile sau olfactive pot fi prezente (și proeminente) dacă sunt în legătură cu tema delirantă (de ex., senzația că este infestat cu insecte, asociată cu ideile delirante de infestare, sau percepția că subiectul emite un miros urât printr-un

orificiu al corpului, asociată cu idei delirante de referință). Indiferent de impactul direct al ideilor delirante, funcționarea psihosocială nu este marcat deteriorată, iar comportamentul nu este, nici straniu și nici bizar (criteriul C). Dacă, concomitent cu ideile delirante, survin episoade depresive, durata totală a acestor episoade afective este relativ scurtă comparativ cu durata totală a perioadelor delirante (criteriul D). Ideile delirante nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., cocaina) sau unei condiții medicale generale (de ex., maladia Alzheimer, lupusul eritematos sistemic) (criteriul E).

Deși precizarea faptului dacă ideile delirante sunt (sau nu) bizare este considerată a fi extrem de importantă în a distinge între tulburarea delirantă și schizofrenie, „bizareria" poate fi dificil de judecat, în special pe secțiune transversală prin diverse culturi. Ideile delirante sunt considerate bizare dacă sunt net inplauzibile, ininteligibile și nu provin din experiențele vieții cotidiene (de ex., convingerea unui individ, cum că un străin i-a îndepărtat organele interne și i le-a înlocuit cu organele altcuiva, fără să lase nici un fel de plăgi sau cicatrici). Din contra, ideile delirante nonbizare implică situații care pot fi concepute ca survenind în viața reală [de ex., faptul de a fi urmărit, otrăvit, infectat, iubit de la distanță ori înșelat(ă) de soț(ie) sau de amant(ă)].

Funcționarea psihosocială este variabilă. Unii indivizi par a fi relativ indemni în rolurile lor interpersonale și profesionale. La alții, deteriorarea poate fi substanțială și include o funcționare profesională redusă sau absentă și izolare socială. Când în tulburarea delirantă este prezentă reducerea funcționării psihosociale, aceasta este consecința directă a convingerilor delirante înseși. De exemplu, un individ, care este convins că va fi ucis de „mafia ucigașilor plătiți", își va lăsa serviciul și va refuza să mai iasă din casă decât, poate, noaptea târziu și îmbrăcat cu totul diferit de vestimentația sa normală. Toate aceste comportamente reprezintă o comportare inteligibilă de a preveni identificarea și uciderea sa de către presupușii asasini. Din contra, funcționarea inadecvată din schizofrenie se poate datora, atât simptomelor pozitive, cât și celor negative (în special avoliției). De asemenea, o caracteristică comună a indivizilor cu tulburare delirantă o constituie normalitatea aparentă a comportamentului și aspectului lor, atunci când nu sunt discutate ideile lor delirante ori ei nu trec la acțiune conform acestora. În general, funcționarea socială și maritală este posibil să fie mai afectată decât funcționarea intelectuală și profesională.

## Subtipuri

Tipurile de tulburare delirantă pot fi specificate pe baza temei delirante predominante:

**Tipul erotoman.** Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului o constituie faptul că o altă persoană este amorezată de individ(ă). Ideea delirantă se referă adesea mai curând la un amor romantic, idealizat, și la o uniune spirituală decât la atracția sexuală. Persoana, în raport cu care se are această convingere, are de regulă un statut mai înalt (de ex., o persoană faimoasă ori un superior la serviciu), dar poate fi și una complet străină. Eforturile de a contacta obiectul ideii delirante (prin apeluri telefonice, scrisori, cadouri, vizite și chiar supraveghere și insidiere sunt frecvente, deși, ocazional, persoana respectivă poate ține secretă ideea delirantă. Cei mai mulți indivizi cu acest subtip în eșantioanele clinice sunt femei, pe când în eșantioanele medicolegale cei mai mulți indivizi sunt bărbați. Unii indivizi

cu acest subtip, în special bărbații, vin în conflict cu legea în eforturile lor de a urmări obiectul ideii lor delirante sau în efortul lor necugetat de a-l „salva" de la un pericol imaginar.

**Tipul de grandoare**. Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului o constituie convingerea că are un mare (dar nerecunoscut) talent sau perspicacitate ori că a făcut o mare descoperire. Mai rar, individul poate prezenta ideea delirantă că ar avea o relație specială cu o persoană marcantă (de ex., cu un consilier al președintelui) ori că ar fi o persoană marcantă (în care caz, respectivul poate fi considerat drept impostor). Ideile delirante de grandoare pot avea și conținut religios (de ex., persoana crede că are un mesaj special de la o divinitate).

**Tipul de gelozie.** Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului persoanei o constituie faptul că soția (soțul) sau amanta (amantul) persoanei este infidel(ă). La această convingere se ajunge fără cauza cuvenită și se bazează pe inferențe incorecte susținute de mici fărâme de „probe" (de ex., neglijența vestimentară sau pete pe cearceaf) care sunt colectate și utilizate spre a justifica delirul. Individul cu delir își confruntă de regulă soția (soțul) sau amanta (amantul) și încearcă să intervină în presupusa infidelitate (de ex., restrânge autonomia soției (soțului), o (îl) urmărește în secret, investighează amantul (amanta) presupus(ă), atacă soția (soțul).

**Tipul de persecuție**. Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului implică convingerea persoanei că se conspiră contra sa, că este spionată, înșelată, urmărită, otrăvită sau drogată, tratată cu răutate, vexată sau obstrucționată în urmărirea obiectivelor sale pe termen lung. Mici umilințe pot fi exagerate și deveni nucleul unui sistem delirant. Nucleul delirului îl constituie adesea o injustiție oarecare care trebuie remediată prin acțiune legală („paranoia cverulentă"), iar persoana afectată se poate angaja în tentative repetate de obținere a satisfacției prin apel la tribunale și la alte agenții guvernamentale. Indivizii cu idei delirante de persecuție sunt adesea plini de resentimente și coleroși, și pot recurge adesea la violență contra celor care cred ei că i-au ofensat.

**Tipul somatic**. Acest subtip se aplică atunci când tema centrală a delirului implică funcții sau senzații corporale. Ideile delirante somatice pot surveni în diverse forme. Cele mai frecvente constau din convingerea persoanei că ea emite un miros urât din piele, gură, rect sau vagin; că este infestată cu insecte pe, sau sub tegumente, că are paraziți interni, că anumite părți ale corpului său sunt diforme sau hidoase (contrar oricărei evidențe) ori că părți ale corpului ei (de ex., intestinul gros) nu funcționează.

**Tipul mixt**. Acest subtip se aplică atunci când nu predomină nici o temă delirantă.

**Tipul nespecificat**. Acest subtip se aplică atunci când convingerea delirantă dominantă nu poate fi clar stabilită sau nu se înscrie în tipurile specifice (de ex., idei delirante de referință, fără o componentă de persecuție sau de grandoare notabilă).

## Elemente și tulburări asociate

Din convingerile delirante ale tulburării delirante pot rezulta probleme sociale, maritale sau de serviciu. Ideile de referință (de ex., că evenimente fortuite au o semnificație specială) sunt frecvente la indivizii cu această tulburare. Interpretarea

de către ei a acestor evenimente este concordantă cu conținutul convingerilor lor delirante. Mulți indivizi cu tulburare delirantă prezintă dispoziție disforică sau iritabilă care de regulă poate fi înțeleasă ca o reacție la convingerile lor delirante. În special, în tipurile de persecuție și de gelozie poate apare o stare coleroasă remarcabilă și un comportament violent. Individul se poate angaja într-un comportament litigios, ducând uneori la scrierea a sute de scrisori de protest adresate oficialităților guvernamentale și judiciare și la multe apariții în fața completelor de judecată. Dificultăți legale pot surveni în tulburarea delirantă, tipurile de gelozie și erotoman. Indivizii cu tulburare delirantă, tipul somatic, pot fi subiectul unor teste și proceduri medicale inutile. Deficiențele de auz, stresorii psihosociali severi (de ex., imigrarea) și statusul socioeconomic inferior pot predispune un individ la dezvoltarea anumitor tipuri de tulburare delirantă (de ex., la tipul paranoid). Episoade depresive majore survin probabil la indivizii cu tulburare delirantă mai frecvent decât în populația generală. Tulburarea delirantă poate fi asociată cu tulburarea obsesivo-compulsivă, tulburarea dismorfică corporală și cu tulburările de personalitate paranoidă, schizoidă sau evitantă.

## Elemente specifice culturii și sexului

Fondul cultural și religios al individului trebuie luat în considerație în evaluarea prezenței posibile a tulburării delirante. Unele culturi au convingeri larg susținute și sancționate cultural care pot fi considerate delirante în alte culturi. Conținutul ideilor delirante variază, de asemenea, în diverse culturi și subculturi. Tulburarea delirantă, tipul de gelozie, este probabil mai frecventă la bărbați decât la femei, dar se pare că nu există diferențe majore în raport cu sexul în frecvența generală a tulburării delirante.

## Prevalență

Tulburarea delirantă este relativ rară în mediile clinice, cele mai multe studii clinice sugerând că tulburarea este responsabilă de 1%–2% din internările în unitățile de sănătate mentală. Informații precise cu privire la frecvența în populație a acestei tulburări lipsesc, dar cea mai bună estimare este în jur de 0,03%. Din cauza etății sale de regulă târzii la debut, riscul de morbiditate pe durata vieții poate fi de 0,05%–0,1%.

## Evoluție

Etatea la debut a tulburării delirante este variabilă, mergând din adolescență până târziu în viață. Tipul de persecuție este cel mai frecvent subtip. Evoluția este foarte variabilă. În special, în tipul de persecuție tulburarea este cronică, însă intensificări și diminuări ale preocupării referitoare la convingerile delirante survin adesea. În alte cazuri, perioade de remisiune complete pot fi urmate de recăderi consecutive. În fine, în alte cazuri, tulburarea se remite în decurs de câteva luni, adesea fără recădere ulterioară. Unele date sugerează că tipul de gelozie poate avea un prognostic mai bun decât tipul de persecuție. Când tipul de persecuție este asociat cu un eveniment sau stresor precipitant, el poate avea un prognostic mai bun.

## Pattern familial

Unele studii au constatat că tulburarea delirantă este mai frecventă printre rudele indivizilor cu schizofrenie decât ar fi de așteptat prin șansă, pe când alte studii nu au remarcat nici o relație familială între tulburarea delirantă și schizofrenie. Există puține date în legătură cu faptul că tulburările de personalitate evitantă și paranoidă pot fi extrem de frecvente printre rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu tulburare delirantă.

## Diagnostic diferențial

Diagnosticul de tulburare delirantă este pus numai când ideea delirantă nu este datorată efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau unei condiții medicale generale. Un **delirium**, o **demență** și **tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale** se pot prezenta cu simptome care sugerează tulburarea delirantă. De exemplu, ideile delirante de persecuție simple (de ex., „cineva intră noaptea în camera mea și-mi fură hainele") în faza precoce a demenței de tip Alzheimer trebuie să fie diagnosticate ca demență de tip Alzheimer, cu idei delirante. O **tulburare psihotică indusă de o substanță**, datorată în special stimulantelor, cum ar fi amfetaminele sau cocaina, pe secțiune transversală poate fi identică în simptomatologie cu tulburarea delirantă, dar de regulă pot fi distinse prin relația cronologică a uzului de substanță cu debutul și remisiunea convingerilor delirante.

Tulburarea delirantă poate fi distinsă de **schizofrenie** și de **tulburarea schizofreniformă** prin absența altor simptome caracteristice ale fazei active a schizofreniei (de ex., halucinații auditive sau vizuale proeminente, idei delirante bizare, limbaj dezorganizat, comportament flagrant dezorganizat sau catatonic, simptome negative). În comparație cu schizofrenia, tulburarea delirantă produce de regulă mai puțină deteriorare în funcționarea profesională sau socială.

Poate fi extrem de dificil să se diferențieze **tulburările afective cu elemente psihotice** de tulburarea delirantă, deoarece elementele psihotice asociate cu tulburările afective implică de regulă idei delirante nonbizare fără halucinații proeminente, iar tulburarea delirantă are asociate frecvent simptome afective. Distincția depinde de relația temporală dintre perturbarea afectivă și ideile delirante și de severitatea simptomelor afective. Dacă ideile delirante survin exclusiv în cursul episoadelor afective, diagnosticul este cel de tulburare afectivă cu elemente psihotice. Deși simptomele depresive sunt comune în tulburarea delirantă, ele sunt de regulă ușoare și se remit, pe când simptomele delirante persistă, și nu justifică un diagnostic separat de tulburare afectivă. Ocazional, simptome afective care satisfac criteriile pentru un episod afectiv se suprapun peste o perturbare delirantă. Tulburarea delirantă poate fi diagnosticată, numai dacă durata totală a tuturor episoadelor afective este comparativ mai scurtă în raport cu durata totală a perturbării delirante. Dacă simptomele care satisfac criteriile pentru un episod afectiv sunt prezente o porțiune substanțială a perturbării delirante (adică, a echivalentului delirant al tulburării schizoafective), atunci este indicat un diagnostic de **tulburare psihotică fără altă specificație** acompaniat, fie de **tulburare depresivă fără altă specificație**, fie de **tulburare bipolară fără altă specificație**.

Indivizii cu **tulburare psihotică indusă** pot prezenta simptome similare celor observate în tulburarea delirantă, dar perturbarea are o etiologie și evoluție caracteristică. În tulburarea delirantă indusă, ideile delirante apar în contextul unei relații strânse cu o altă persoană, sunt identice ca formă cu ideile delirante ale acelei persoane și diminuă sau dispar când individul cu tulburarea psihotică indusă este separat de individul cu tulburarea psihotică primară. **Tulburarea psihotică scurtă** se diferențiază de tulburarea delirantă prin faptul că simptomele delirante durează mai puțin de o lună. Un diagnostic de tulburare psihotică fără altă specificație poate fi pus, dacă nu se dispune de suficiente informații pentru a alege între tulburarea delirantă și alte tulburări psihotice sau pentru a stabili dacă simptomele prezentate sunt induse de o substanță sau sunt rezultatul unei condiții medicale generale.

**Hipocondria** (în special cu conștiința maladiei redusă) poate fi dificil de diferențiat de tulburarea delirantă. În hipocondrie, temerile în legătură cu faptul de a avea o maladie severă ori cu preocuparea că o are deja sunt susținute cu mai puțină intensitate decât cea delirantă (adică, individul poate accepta ideea că maladia temută nu este prezentă). **Tulburarea dismorfică corporală implică** o preocupare referitoare la un defect imaginar în aspect. Mulți indivizi cu această tulburare își susțin convingerile cu o intensitate mai redusă decât cea delirantă și recunosc că părerea lor referitoare la propriul aspect este distorsionată. Un procent semnificativ de indivizi ale căror simptome satisfac criteriile pentru tulburarea dismorfică corporală își susțin însă convingerile cu o intensitate delirantă. Când sunt satisfăcute criteriile pentru ambele tulburări, pot fi diagnosticate atât tulburarea dismorfică corporală, cât și tulburarea delirantă, tipul somatic. Limitele dintre **tulburarea obsesivo-compulsivă** (în special cu conștiința maladiei redusă) și tulburarea delirantă pot fi uneori dificil de stabilit. Capacitatea indivizilor cu tulburare obsesivo-compulsivă de a recunoaște că obsesiile sau compulsiile sunt excesive sau nejustificate survine pe un continuum. La unii indivizi, testarea realității poate fi pierdută, iar obsesia poate atinge proporții delirante (de ex., convingerea că cineva a cauzat moartea altei persoane prin faptul că i-a dorit-o). Dacă obsesiile evoluează în convingeri delirante susținute, care reprezintă partea majoră a tabloului clinic, poate fi indicat diagnosticul adițional de tulburare delirantă.

În contrast cu tulburarea delirantă, în **tulburarea de personalitate paranoidă** nu există convingeri delirante clare sau persistente. Ori de câte ori o persoană cu tulburare delirantă are o tulburare de personalitate preexistentă, tulburarea de personalitate trebuie să fie menționată pe axa II, urmată de expresia „premorbidă" în paranteză.

### Criteriile de diagnostic pentru 297.1 Tulburarea Delirantă

A. Idei delirante nonbizare [adică, implicând situații care survin în viața reală, cum ar fi faptul de a fi urmărit(ă), otrăvit(ă), infectat(ă), iubit(ă) de la distanță, înșelat(ă) de soț(ie) sau amant(ă) ori de a avea o maladie] cu o durată de cel puțin o lună.

B. Criteriul A pentru schizofrenie nu a fost satisfăcut niciodată.
**Notă:** Halucinații tactile și olfactive pot fi prezente în tulburarea delirantă, dacă sunt în raport cu tema delirantă.

C. În afara impactului ideii (ideilor) delirante ori a ramificațiilor sale (lor), funcționarea nu este deteriorată semnificativ, iar comportamentul nu este în mod evident straniu sau bizar.

D. Dacă episoadele afective au survenit concomitent cu ideile delirante, durata lor totală a fost scurtă în raport cu durata perioadelor delirante.

E. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori, ale unei condiții medicale generale.

*De specificat tipul* (următoarele tipuri sunt stabilite pe baza temei delirante predominante):

**Tip erotoman**: idei delirante, cum că o altă persoană, de regulă de condiție socială mai înaltă se află în relații amoroase cu individul (a)
**Tip de grandoare**: idei delirante de valoare, putere, cunoștințe, identitate, sau o relație specială cu o divinitate sau persoană faimoasă
**Tip de gelozie**: idei delirante cum că partenera (partenerul) sexual(ă) al individului (individei) este infidel(ă)
**Tip de persecuție**: idei delirante, cum că persoana respectivă (ori cineva de care persoana este apropiată) este tratat cu răutate într-un anumit mod
**Tip somatic**: idei delirante, cum că persoana are un defect fizic sau o condiție medicală generală
**Tip mixt**: idei delirante caracteristice pentru mai mult decât unul dintre tipurile de mai sus, dar nici una dintre ele nu predomină
**Tip nediferențiat**

## 298.8 Tulburarea Psihotică Scurtă

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării psihotice scurte îl constituie o perturbare care implică debutul brusc a cel puțin unul dintre următoarele simptome psihotice pozitive: idei delirante, halucinații, limbaj dezorganizat (de ex., deraiere frecventă sau incoerență) ori comportament catatonic sau flagrant dezorganizat (criteriul A). Un episod al perturbării durează cel puțin o zi, dar mai puțin de o lună, iar în final individul revine la nivelul anterior de funcționare (criteriul B). Perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare afectivă cu elemente psihotice, de tulburarea

schizoafectivă ori de schizofrenie, și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un halucinogen) ori unei condiții medicale generale (de ex., hematom subdural) (criteriul C).

## Specificanți

Următorii specificanți pentru tulburarea psihotică scurtă pot fi notați pe baza prezenței sau absenței de stresori precipitanți:

**Cu stresor(i) marcant(i).** Acest specificant poate fi notat dacă simptomele psihotice apar la scurt timp după, și evident, ca răspuns la unul sau mai multe evenimente care, singure sau împreună, ar fi marcat stresante pentru aproape oricine în circumstanțe similare în cultura persoanei. Acest tip de tulburare psihotică scurtă era numit „psihoză reactivă scurtă" în DSM–III–R. Eveniment(e) precipitant(e) poate fi orice stres major, cum ar fi pierderea cuiva iubit ori trauma psihologică a luptei. Precizarea faptului dacă un anumit stresor a fost precipitant sau este consecința maladiei poate fi uneori dificilă clinic. În astfel de cazuri, decizia va depinde de factorii asociați, cum ar fi relația temporală dintre stresor și debutul simptomelor, informațiile suplimentare de la soț (soție) ori de la un (o) amic(ă) referitoare la nivelul de funcționare anterior stresorului și un istoric de răspunsuri similare la evenimente stresante în trecut.

**Fără stresor(i) marcant(i).** Acest specificant poate fi notat, dacă simptomele psihotice nu sunt, evident, un răspuns la evenimente care ar fi marcat stresante pentru aproape oricine, în circumstanțe similare în cultura persoanei.

**Cu debut postpartum.** Acest specificant va fi notat dacă debutul simptomelor are loc în decurs de 4 săptămâni postpartum.

## Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu tulburare psihotică scurtă experiențează de regulă o bulversare emoțională sau confuzie intensă. Pot exista treceri rapide de la un afect intens la altul. Deși de scurtă durată, nivelul de deteriorare poate fi sever și poate fi necesară supravegherea pentru a ne asigura că necesitățile nutriționale și igienice sunt satisfăcute și că individul este protejat contra consecințelor judecății deficitare, deteriorării cognitive sau acționării conform ideilor delirante. După cât se pare, există un risc crescut de mortalitate (cu un risc de suicid extrem de mare), în special la indivizii tineri. Tulburările de personalitate preexistente (de ex., tulburarea de personalitate paranoidă, histrionică, narcisistică, schizotipală sau borderline) pot predispune individul la dezvoltarea tulburării.

## Elemente specifice culturii

Este important să se distingă simptomele tulburării psihotice scurte de patternurile de răspuns sancționate cultural. De exemplu, în unele ceremonii religioase, un individ poate relata că aude voci, dar în general acestea nu persistă și nu sunt percepute ca anormale de către cei mai mulți membri ai comunității persoanei.

## Prevalență

Cazuri de tulburare psihotică scurtă sunt rar văzute în condiții clinice în statele Unite și în alte țări dezvoltate. Incidența și prevalența cazurilor care nu se prezintă

pentru tratament sunt necunoscute. Tulburările psihotice care satisfac criteriile A și C pentru tulburarea psihotică scurtă, dar nu și criteriul B (adică, durata simptomelor active este de 1-6 luni, ca opuse celor care se remit într-o lună) sunt mai frecvente în țările în curs de dezvoltare decât în țările dezvoltate.

## Evoluție

Tulburarea psihotică scurtă poate apare în adolescență sau precoce în perioada adultă, etatea medie la debut situându-se în ultima parte a anilor 20 și începutul anilor 30. Prin definiție, diagnosticul de tulburare psihotică scurtă cere remisiunea completă a tuturor simptomelor și revenirea la nivelul premorbid de funcționare în decurs de o lună de la debutul perturbării. La unii indivizi, durata simptomelor psihotice poate fi foarte scurtă (de ex., câteva zile).

## Pattern familial

Unele date sugerează că tulburarea psihotică scurtă poate fi în relație cu tulburările afective, în timp ce alte date sugerează că tulburarea poate fi distinctă, atât de schizofrenie, cât și de tulburările afective.

## Diagnostic diferențial

O mare diversitate de condiții medicale generale se poate prezenta cu simptome psihotice de scurtă durată. **Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale** sau **deliriumul** sunt diagnosticate când există date din istoric, examenul somatic sau testele de laborator care indică faptul că ideile delirante sau halucinațiile sunt consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale specifice (de ex., sindrom Cushing, tumoră cerebrală) (vezi pag. 334). **Tulburarea psihotică indusă de o substanță, deliriumul indus de o substanță** și **intoxicația cu o substanță** se disting de tulburarea psihotică scurtă prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu simptomele psihotice (vezi pag. 338). Testele de laborator, cum ar fi detectarea în urină a unui drog sau nivelul sanguin al alcoolului, pot fi utile în efectuarea acestei precizări, la fel ca și un istoric detaliat al uzului de o substanță, cu accent pe relațiile temporale dintre administrarea substanței și debutul simptomelor și natura substanței utilizate.

Diagnosticul de tulburare psihotică scurtă nu poate fi pus dacă simptomele psihotice sunt explicate mai bine de un **episod depresiv** (adică, simptomele psihotice survin exclusiv în cursul unui episod depresiv major, maniacal sau mixt). Dacă simptomele psihotice persistă timp de o lună sau mai mult, diagnosticul este, fie cel de **tulburare schizofreniformă, tulburare delirantă, tulburare afectivă cu elemente psihotice**, fie cel de **tulburare psihotică fără altă specificație**, în funcție de prezența altor simptome în tabloul clinic. Diagnosticul diferențial între tulburarea psihotică scurtă și tulburarea schizofreniformă este dificil când simptomele psihotice s-au remis înainte de o lună, ca răspuns la tratamentul cu medicamente încununat de succes. Deoarece episoadele recurente de tulburare psihotică scurtă sunt rare, trebuie acordată o atenție specială posibilității ca o tulburare recurentă (de ex., tulburarea bipolară, exacerbările acute recurente ale schizofreniei) să fie responsabilă de orice episoade psihotice recurente.

Un episod de **tulburare factice, cu simptome și semne predominant psihologice**, poate avea aspectul unei tulburări psihotice scurte, dar în astfel de

cazuri există proba că simptomele sunt produse în mod intenționat. Când **simularea** implică simptome aparent psihotice, de regulă există proba că maladia a fost inventată pentru un scop inteligibil.

La anumiți indivizi cu **tulburări de personalitate**, stresorii psihosociali pot precipita scurte episoade de simptome psihotice. Acestea sunt de regulă tranzitorii și nu justifică un diagnostic separat. Dacă simptomele psihotice persistă cel puțin o zi, un diagnostic adițional de tulburare psihotică scurtă poate fi oportun.

### Criteriile de diagnostic pentru 298.8 Tulburarea Psihotică Scurtă

A. Prezența unuia (sau a mai multora) dintre următoarele simptome:

(1) idei delirante;
(2) halucinații;
(3) limbaj dezorganizat (de ex., deraieri frecvente sau incoerență);
(4) comportament flagrant dezorganizat sau catatonic.

**Notă:** A nu se include un simptom dacă acesta este un pattern de răspuns sancționat cultural.

B. Durata unui episod al perturbării este de cel puțin o zi, dar de mai puțin de o lună, cu eventuala revenire completă la nivelul premorbid de funcționare.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare afectivă cu elemente psihotice, de tulburarea schizoafectivă sau de schizofrenie, și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

*De specificat dacă:*

**Cu stresor(i) marcant(i)** (psihoza reactivă scurtă): dacă simptomele survin la scurt timp după, și evident, ca răspuns la evenimente care, singure sau împreună, ar fi marcat stresante pentru aproape oricine, în circumstanțe similare în cultura persoanei.
**Fără stresor(i) marcant(i):** dacă simptomele psihotice nu survin la scurt timp după, sau nu sunt, evident, un răspuns la evenimente care, singure sau împreună, ar fi marcat stresante pentru aproape oricine în circumstanțe similare în cultura persoanei.
**Cu debut postpartum**: dacă debutul survine în decurs de 4 săptămâni postpartum.

## 297.3 Tulburarea psihotică indusă (Folie a Deux)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării psihotice induse (împărtășite) (folie a deux) îl constituie o idee delirantă care apare la un individ care se află într-o relație strânsă cu o altă persoană (denumită uneori „inductor" sau „caz primar") care are deja o tulburare psihotică cu idei delirante proeminente (criteriul A). Individul ajunge să

împărtășească convingerile delirante ale cazului primar în totalitate sau în parte (criteriul B). Ideea delirantă nu este explicată mai bine de altă tulburare psihotică (de ex., schizofrenia) sau de o tulburare afectivă cu elemente psihotice și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., amfetamina) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., tumoră cerebrală) (criteriul C). Schizofrenia este probabil cel mai frecvent diagnostic al cazului primar, însă pot fi incluse și alte diagnostice, precum tulburarea delirantă sau tulburarea afectivă cu elemente psihotice. Conținutul convingerilor delirante induse poate fi dependent de diagnosticul cazului primar și poate include idei delirante relativ bizare (de ex., că o putere străină ostilă îi transmite în apartament radiații care îi provoacă indigestie și diaree), idei delirante congruente cu dispoziția (de ex., cazul primar va primi curând un contract pentru un film în valoare de 2 milioane dolari, permițând astfel familiei să-și cumpere o casă mult mai mare cu piscină) ori idei delirante nonbizare, caracteristice tulburării delirante (de ex., FBI-ul înregistrează telefonul familiei și deplasările membrilor familiei, când aceștia pleacă de acasă). De regulă, în tulburarea psihotică indusă, cazul primar este dominant în relație și, treptat, își impune sistemul delirant unei a doua persoane, inițial sănătoasă și mai pasivă. Indivizii care ajung să împărtășească convingerile delirante sunt adesea înrudiți (cu cazul primar) prin legături de sânge sau mariaj, au trăit împreună mult timp, uneori într-o izolare socială relativă. Dacă relația cu cazul primar este întreruptă, convingerile delirante ale celuilalt individ de regulă diminuă și dispar. Deși cel mai frecvent este observată în relațiile a numai doi oameni, tulburarea psihotică indusă poate surveni și la un număr mai mare de indivizi, în special în situațiile de familie în care un părinte este cazul primar, iar copiii, uneori în grade diferite, adoptă convingerile delirante ale părintelui. Indivizii cu această tulburare solicită rar tratament, și de regulă sunt convinși să fie examinați clinic când cazul primar este supus tratamentului.

## Elemente și tulburări asociate

Cu excepția convingerilor delirante, în tulburarea psihotică indusă comportamentul nu este de regulă bizar sau straniu. Deteriorarea este adesea mai puțin severă la individul cu tulburare psihotică indusă decât la cazul primar.

## Prevalență

Referitor la prevalența tulburării psihotice induse dispunem de puține informații sistematice. Tulburarea este rară în condiții clinice, deși s-a argumentat că unele cazuri nu sunt recunoscute (ca atare). Date limitate sugerează că tulburarea psihotică indusă este întrucâtva mai frecventă la femei decât la bărbați.

## Evoluție

Se știe puțin despre etatea la debut a tulburării psihotice induse, dar se pare că este variabilă. Fără intervenție, evoluția este de regulă cronică, deoarece această tulburare survine cel mai frecvent în relații care durează de mult timp și sunt rezistente la schimbare. Prin separarea de cazul primar, convingerile delirante ale individului dispar uneori rapid, iar alteori foarte lent.

## Diagnostic diferențial

Diagnosticul de tulburare psihotică indusă se pune numai când ideea delirantă nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe ori unei condiții medicale generale. Diagnosticul diferențial constituie rar o problemă, deoarece

istoricul de asociere strânsă cu cazul primar și similitudinea ideilor delirante dintre cei doi indivizi este caracteristică tulburării psihotice induse. În **schizofrenie, tulburarea delirantă, tulburarea schizoafectivă** și **tulburarea afectivă cu elemente psihotice** nu există nici o relație strânsă cu o persoană dominantă care să aibă o tulburare psihotică și care să inducă convingeri delirante similare, ori, dacă există o astfel de persoană, simptomele psihotice preced de regulă debutul oricărei idei delirante induse. În rare cazuri, un individ se poate prezenta cu ceea ce pare a fi o tulburare psihotică indusă, dar ideile delirante nu dispar când individul este separat de cazul primar. Într-o astfel de situație, este posibil să se ia în considerație diagnosticul unei alte tulburări psihotice.

### Criteriile de diagnostic pentru 297.3 Tulburarea Psihotică Indusă

A. Un delir care apare la un individ în contextul unei relații strânse cu o altă persoană (saupersoane), care are (au) un delir deja existent.

B. Delirul este similar în conținut cu cel al persoanei care are deja existent delirul.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o altă tulburare psihotică (de ex., schizofrenia) ori de o tulburare afectivă cu elemente psihotice și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

## Tulburarea Psihotică datorată unei Condiții Medicale Generale

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale tulburării psihotice datorate unei condiții medicale generale le constituie halucinațiile sau ideile delirante proeminente, considerate a fi datorate efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (criteriul A). Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, trebuie să fie evident faptul că ideile delirante sau halucinațiile sunt consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (criteriul B). Perturbarea psihotică nu este explicată mai bine de o altă tulburare mentală (de ex., simptomele nu sunt răspunsul mediat psihologic la o condiție medicală severă, în care caz este mai indicat diagnosticul de tulburare psihotică scurtă, cu stresor marcant) (criteriul C). Diagnosticul nu este pus dacă perturbarea survine numai în cursul unui delirium (criteriul D). De asemenea, un diagnostic separat de tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale nu se pune dacă ideile delirante survin numai în cursul demenței de tip Alzheimer sau demenței vasculare; în schimb, se poate pune diagnosticul de demență de tip Alzheimer ori de demență vasculară, cu subtipul „cu idei delirante".

Halucinațiile pot surveni în orice modalitate senzorială (adică, halucinații vizuale, olfactive, gustative sau auditive), dar anumiți factori etiologici este posibil

să evoce anumite fenomene halucinatorii. Halucinațiile olfactive, în special cele implicând mirosul de cauciuc ars ori alte mirosuri neplăcute, sunt extrem de sugestive de epilepsie de lob temporal. Halucinațiile pot varia, de la simple și informe până la extrem de complexe și organizate, în funcție de factorii etiologici, circumstanțele ambientale, natura și sediul leziunii atribuite sistemului nervos central și răspunsul reactiv la deteriorare. Diagnosticul de tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale nu se pune în general, dacă individul are conservată testarea realității pentru halucinații și apreciază că experiențele perceptive rezultă din condiția medicală generală. Ideile delirante pot exprima o varietate de teme, inclusiv somatice, de grandoare, religioase și, cel mai frecvent, de persecuție. Ideile delirante religioase sunt asociate în mod expres în unele cazuri cu epilepsia lobului temporal. Indivizii cu leziuni cerebrale parietale drepte pot dezvolta un sindrom de neglijență contralateral în care ei pot să nu-și recunoască părți ale propriului corp, mergând până la proporții delirante. În general însă, asociațiile dintre ideile delirante și anumite condiții medicale generale par a fi mai puțin specifice decât este cazul pentru halucinații.

În precizarea faptului dacă perturbarea psihotică este datorată unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să stabilească mai întâi prezența unei condiții medicale generale. Apoi, clinicianul trebuie să stabilească faptul că perturbarea psihotică este în relație etiologică cu condiția medicală generală printr-un mecanism fiziologic. O evaluare atentă și cuprinzătoare a numeroși factori este necesară pentru a face această judecată. Deși nu există criterii infailibile pentru a preciza dacă relația dintre perturbarea psihotică și condiția medicală generală este etiologică, unele considerente oferă o oarecare ghidare în acest domeniu. Un prim considerent este acela al prezenței asocierii temporale dintre debutul, exacerbarea sau remisiunea condiției medicale generale și perturbarea psihotică. Un al doilea considerent este acela al prezenței elementelor care sunt atipice pentru o tulburare psihotică primară (de ex., etatea atipică la debut ori prezența halucinațiilor vizuale sau auditive). Datele din literatură, care sugerează că poate exista o asociere directă între condiția medicală generală în chestiune și apariția simptomelor psihotice pot oferi un context util în aprecierea unei anumite situații. În afară de aceasta, clinicianul trebuie, de asemenea, să stabilească faptul că perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare psihotică primară, de o tulburare psihotică indusă de o substanță ori de altă tulburare mentală primară (de ex., tulburarea de adaptare). Această precizare este explicată mai în detaliu în secțiunea „Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale" (pag. 181).

## Subtipuri

Unul din următoarele subtipuri poate fi utilizat pentru a indica simptomul predominant al tabloului clinic. Dacă sunt prezente atât idei delirante, cât și halucinații se codifică cele care sunt predominante:

293.81 **Cu idei delirante**. Acest subtip este utilizat dacă ideile delirante sunt simptomul predominant.

293.82 **Cu halucinații**. Acest subtip este utilizat dacă halucinațiile sunt simptomul predominant.

## Procedee de înregistrare

În înregistrarea diagnosticului de tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să menționeze mai întâi prezența tulburării psihotice, apoi condiția medicală generală identificată și considerată a fi cauza perturbării și, în final, specificantul corespunzător indicând simptomul predominant al tabloului clinic, pe axa I (de ex., tulburare psihotică datorată tireotoxicozei, cu halucinații). Codul diagnostic de pe axa I este selectat conform subtipului: 293.81 pentru tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale, cu idei delirante și 293.82 pentru tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale, cu halucinații. Codul ICD-9-CM pentru condiția medicală generală trebuie, de asemenea, menționat pe axa III (de ex., 242.9 tireotoxicoză). (Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnosticelor ICD-9-CM pentru condițiile medicale generale selectate).

## Condițiile medicale generale asociate

O diversitate de condiții medicale generale pot cauza simptome psihotice, incluzând condiții neurologice (de ex., neoplasmele, maladiile cerebrovasculare, maladia Huntington, epilepsia, leziunile sau deteriorarea nervului acustic sau optic, surditatea, migrena, infecțiile sistemului nervos), condiții endocrine (de ex., hiper-și hipotiroidismul, hiper-și hipoparatiroidismul, hipoadrenocorticismul), condiții metabolice (de ex., hipoxia, hipercarbia, hipoglicemia), dezechilibre hidrice sau electrolitice, maladii hepatice sau renale și tulburări autoimune cu implicarea sistemului nervos central (de ex., lupusul eritematos sistemic). Acele condiții neurologice care implică structurile subcorticale sau lobul temporal sunt asociate mai frecvent cu idei delirante. Datele examinării somatice, datele de laborator și patternurile de prevalență sau de debut reflectă condiția medicală generală etiologică.

## Prevalență

Ratele de prevalență pentru tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale sunt dificil de estimat, dată fiind marea varietate de etiologii medicale subiacente. Cercetările sugerează că sindromul este subdiagnosticat in unitățile medicale generale. Simptomele psihotice pot fi prezente în nu mai puțin de 20% dintre indivizii care se prezintă cu tulburări endocrine netratate, în 15% dintre cei cu lupus eritematos sistemic și în 40% sau mai mult dintre indivizii cu epilepsie de lob temporal.

## Evoluție

Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale poate consta dintr-o singură stare tranzitorie sau poate fi recurentă, ciclând odată cu exacerbările și remisiunile condiției medicale generale subiacente. Deși tratamentul condiției medicale generale subiacente duce adesea la rezoluția simptomelor psihotice, nu aceasta este totdeauna cazul, simptomele psihotice putând

persista mult timp după evenimentul medical cauzal (de ex., tulburare psihotică secundară unei leziuni cerebrale focale).

## Diagnostic diferențial

Halucinațiile și ideile delirante survin frecvent în contextul unui **delirium**; un diagnostic separat de tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale nu este pus, însă, dacă perturbarea survine exclusiv în cursul unui delirium. În schimb, diagnosticul de tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale poate fi pus pe lângă un diagnostic de **demență**, dacă simptomele psihotice sunt consecința etiologică directă a procesului patologic care a cauzat demența. Din cauza cerințelor codificării cu ICD-9-CM, o excepție de la acesta se face atunci când ideile delirante survin exclusiv în cursul **demenței vasculare.** În acest caz este pus numai diagnosticul de demență vasculară, cu subtipul „cu idei delirante"; un diagnostic separat de tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale nu este pus. Dacă tabloul clinic include un amestec de diferite tipuri de simptome (de ex., simptome psihotice sau anxioase), diagnosticul este de regulă cel de tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale, deoarece în astfel de situații simptomele psihotice predomină în tabloul clinic.

Dacă există proba unui uz recent sau prelungit de o substanță (inclusiv de medicamente cu efecte psihoactive), de abstinență de o substanță ori de expunere la un toxic (de ex., intoxicație cu LSD, abstinență alcoolică), trebuie luată în considerație o **tulburare psihotică indusă de o substanță**. Poate fi util să se efectueze un examen al urinii sau sângelui pentru depistarea drogului ori alte examene de laborator adecvate. Simptomele care survin în cursul sau la scurt timp după intoxicația sau abstinența de o substanță (adică, în decurs de 4 săptămâni), ori după uzul unui medicament pot fi extrem de sugestive de o tulburare psihotică indusă de o substanță, în funcție de caracterul, durata și cantitatea de substanță utilizată. Dacă clinicianul a stabilit că perturbarea se datorează, atât unei condiții medicale generale, cât și uzului unei substanțe, pot fi puse ambele diagnostice (adică, tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale, și tulburare psihotică indusă de o substanță).

Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale trebuie să fie distinsă de o **tulburare psihotică primară** (de ex., schizofrenia, tulburarea delirantă, tulburarea schizoafectivă) sau de o **tulburare afectivă primară cu elemente psihotice**. În tulburările psihotice primare și în tulburările afective primare cu elemente psihotice nu poate fi demonstrată prezența nici unui mecanism fiziologic specific și cauzal direct, asociat cu o condiție medicală generală. Etatea mai avansată la debut (de ex., apariția pentru prima dată a ideilor delirante la un individ în etate de peste 35 ani) și absența unui istoric familial de schizofrenie sau de tulburare delirantă sugerează necesitatea unei evaluări complete pentru a exclude diagnosticul de tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale. Halucinațiile auditive care implică voci pronunțând propoziții complete sunt mai specifice schizofreniei decât tulburării psihotice datorate unei condiții medicale generale. Alte tipuri de halucinații (de ex., vizuale, olfactive) semnalează frecvent o tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale ori o tulburare psihotică indusă de o substanță.

**Tulburarea psihotică fără altă specificație** este diagnosticată când clinicianul nu poate preciza dacă perturbarea psihotică este primară, este indusă de o substanță sau se datorează unei condiții medicale generale. **Halucinații hipnagogice** și **hipnopompice** pot surveni și la indivizii fără nici o tulburare mentală, dar ele survin numai în cursul adormirii sau al deșteptării din somn.

### Criteriile de diagnostic pentru 293.xx Tulburarea Psihotică datorată ... *[Se indică Condiția Medicală Generală]*

A. Halucinații sau idei delirante proeminente.

B. Există proba, din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, a faptului că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală.

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

*A se codifica* pe baza simptomului predominant:

**.81 Cu idei delirante**: dacă ideile delirante sunt simptomul predominant
**.82 Cu halucinații**: dacă halucinațiile sunt simptomul predominant

**Notă de codificare**: Numele condiției medicale generale se include pe axa I, de ex., 293.81 Tulburare psihotică datorată unui neoplasm pulmonar malign, cu idei delirante; condiția medicală generală se codifică, de asemenea, pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).

**Notă de codificare**: Dacă ideile delirante sunt parte a unei demențe vasculare, se indică ideile delirante prin codificarea subtipului corespunzător, de ex., 290.42 Demență vasculară, cu idei delirante.

## Tulburarea Psihotică indusă de o Substanță

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale tulburării psihotice induse de o substanță sunt halucinațiile sau ideile delirante proeminente (criteriul A), considerate a fi datorate efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (adică, un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) (criteriul B). Halucinațiile, pe care individul le conștientizează ca fiind induse de substanță, nu sunt incluse aici, ci trebuie diagnosticate ca intoxicație cu o substanță sau abstinență de o substanță, cu specificantul acompaniant de „cu perturbări de percepție". Această perturbare nu trebuie să fie explicată mai bine de o tulburare psihotică neindusă de o substanță (criteriul C). Diagnosticul nu se poate pune dacă simptomele psihotice survin numai în cursul unui delirium (criteriul D). Acest diagnostic trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță ori de abstinență de o substanță, numai când simptomele psihotice sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență ori când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Pentru o discuție mai detaliată a tulburărilor în legătură cu o substanță vezi pag. 191.

O tulburare psihotică indusă de o substanță se distinge de o tulburare psihotică primară prin luarea în considerație a debutului, evoluției, precum și a altor factori. Pentru drogurile de abuz, din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, trebuie să rezulte proba intoxicației sau abstinenței. Tulburările psihotice induse de

o substanță survin numai în asociație cu stările de intoxicație sau de abstinență, pe când tulburările psihotice primare pot preceda debutul uzului de o substanță sau pot surveni în cursul perioadelor de abstinență prelungită. Odată apărute, simptomele psihotice pot persista atât timp cât continuă uzul de substanță. Un alt considerent îl constituie prezența de elemente care sunt atipice pentru o tulburare psihotică primară (de ex., etatea de debut sau evoluția atipice). De exemplu, apariția de idei delirante de novo la o persoană în etate de peste 35 de ani, fără un istoric cunoscut de tulburare psihotică primară, trebuie să atragă atenția clinicianului asupra posibilității existenței unei tulburări psihotice induse de o substanță. Chiar un istoric anterior de tulburare psihotică primară nu exclude posibilitatea existenței unei tulburări induse de o substanță. S-a sugerat că în 9 din 10, halucinațiile nonauditive sunt produsul unei tulburări psihotice induse de o substanță ori al unei tulburări psihotice datorate unei condiții medicale generale. Din contra, factorii care sugerează că simptomele psihotice sunt explicate mai bine de o tulburare psihotică primară includ persistența de simptome psihotice o perioadă substanțială de timp (adică, o lună sau mai mult), după terminarea intoxicației cu o substanță ori a abstinenței acute de o substanță; apariția de simptome care sunt substanțial în exces față de ceea ce ar fi de așteptat, dat fiind tipul sau cantitatea de substanță utilizată sau durata de uz ori un istoric de tulburări psihotice primare recurente anterioare. Alte cauze de simptome psihotice trebuie să fie luate în considerație, chiar la o persoană cu intoxicație sau abstinență, deoarece problemele în raport cu uzul de o substanță nu sunt rare printre persoanele cu tulburări psihotice (probabil) neinduse de o substanță.

## Subtipuri și specificanți

Unul dintre următoarele subtipuri poate fi utilizat pentru a indica simptomul predominant al tabloului clinic. Dacă sunt prezente, atât idei delirante, cât și halucinații, se codifică ceea ce predomină:

**Cu idei delirante**. Acest subtip este utilizat dacă ideile delirante sunt simptomul predominant.
**Cu halucinații**. Acest subtip este utilizat dacă halucinațiile sunt simptomul predominant.

Contextul apariției simptomelor psihotice poate fi indicat prin utilizarea unuia dintre specificanții menționați mai jos:

**Cu debut în cursul intoxicației**. Acest specificant trebuie să fie utilizat dacă criteriile pentru intoxicația cu o substanță sunt satisfăcute, iar simptomele apar în cursul sindromului de intoxicație.
**Cu debut în cursul abstinenței**. Acest specificant trebuie să fie utilizat dacă sunt satisfăcute criteriile pentru abstinența de o substanță, iar simptomele apar în cursul sau la scurt timp după un sindrom de abstinență.

## Procedee de înregistrare

Numele tulburării psihotice induse de o substanță începe cu cel al substanței care se presupune că este cauza simptomelor psihotice (de ex., cocaina, metilfenidatul, dexametazona). Codul diagnostic este selectat din lista claselor de substanțe prevăzute în setul de criterii. Pentru substanțele care nu pot fi incluse în nici una

dintre clase (de ex., dexametazona) trebuie să fie utilizat codul pentru „altă substanță". În afară de aceasta, pentru medicamentele prescrise în doze terapeutice, medicamentul respectiv poate fi indicat prin menționarea codului E corespunzător pe axa I (vezi anexa G). Codul pentru fiecare dintre tulburările psihotice induse de o substanță specifică depinde de faptul dacă tabloul clinic este predominat de idei delirante sau de halucinații: 292.11 pentru „cu idei delirante" și 292.12 pentru „cu halucinații", cu excepția alcoolului, pentru care codul este 291.5 pentru „cu idei delirante" și 291.3 pentru „cu halucinații". Numele tulburării (de ex., tulburare psihotică indusă de cocaină, tulburare psihotică indusă de metilfenidat) este urmat de subtipul indicând simptomul predominant și de specificantul indicând contextul în care au apărut simptomele (de ex., 292.11 Tulburare psihotică indusă de cocaină, cu idei delirante, cu debut în cursul intoxicației; 292.12 Tulburare psihotică indusă de phencyclidină, cu halucinații, cu debut în cursul intoxicației). Când se consideră că mai mult decât o singură substanță joacă un rol semnificativ în apariția simptomelor psihotice, fiecare substanță implicată trebuie să fie menționată separat. Dacă se consideră că o substanță este factorul etiologic, dar substanța sau clasa substanței respective este necunoscută, poate fi utilizată categoria 292.11 Tulburare psihotică indusă de o substanță necunoscută, cu idei delirante ori 292.12 Tulburare psihotică indusă de o substanță necunoscută, cu halucinații.

## Substanțele specifice

Tulburările psihotice pot surveni în asociere cu **intoxicația** cu următoarele clase de substanțe: alcool, amfetamină și substanțe afine, cannabis, cocaină, halucinogene, inhalante, opiace (meperidină), phencyclidină și substanțe afine, sedative, hipnotice și anxiolitice, precum și cu alte substanțe sau cu substanțe necunoscute. Tulburările psihotice pot surveni în asociere cu **abstinența** de următoarele clase de substanțe: alcool, sedative, hipnotice și anxiolitice, precum și de alte substanțe sau de substanțe necunoscute. Debutul tulburării variază considerabil cu substanța. De exemplu, fumarea unei doze mari de cocaină poate produce psihoză în decurs de câteva minute, în timp ce în cazul alcoolului sau sedativelor sunt necesare zile sau săptămâni de uz în doze mari pentru a produce psihoza. Halucinațiile pot surveni în orice modalitate, iar în absența deliriumului, sunt de regulă auditive. Tulburarea psihotică indusă de alcool cu halucinații survine numai după un uz excesiv și prelungit de alcool la indivizi care au, după cât se pare, dependență alcoolică. Halucinațiile auditive constau de regulă din voci.

Tulburările psihotice induse de intoxicația cu amfetamină și cocaină au elemente clinice similare. Ideile delirante de persecuție pot apare rapid, la scurt timp după uzul de amfetamină sau de un simpatomimetic cu acțiune similară. Poate apare distorsionarea imaginii corporale și perceperea eronată a feței oamenilor. Halucinarea de insecte sau de viermi reptând pe, sau sub tegumente (furnicături) poate duce la grataj și la excoriații cutanate întinse. Tulburarea psihotică indusă de cannabis poate apare la scurt timp după uzul de cannabis și comportă de regulă idei delirante de persecuție. După cât se pare, tulburarea este rară. Pot apare anxietate marcată, labilitate afectivă, depersonalizare și amnezie consecutivă pentru episod. Tulburarea se remite de regulă în decurs de o zi, dar în unele cazuri poate persista câteva zile.

Tulburările psihotice induse de o substanță pot uneori să nu se rezolve imediat după înlăturarea agentului nociv. S-a raportat că agenți, precum amfetaminele,

phencyclidina și cocaina, evocă temporar stări psihotice care uneori pot persista timp de săptămâni sau chiar mai mult, în dispreţul suprimării agentului și al tratamentului cu neuroleptice. Acestea pot fi inițial dificil de distins de tulburările psihotice neinduse de o substanță.

Unele dintre medicamentele descrise a evoca simptome psihotice includ anestezicele și analgeticele, agenții anticolinergici, anticonvulsivantele, antihistaminicele, medicamentele antihipertensive și cardiovasculare, medicamentele antimicrobiene, medicamentele antiparkinsoniene, agenții chimioterapeutici (de ex., ciclosporina și procarbazina), corticosteroizii, medicamentele gastrointestinale, relaxantele musculare, medicamentele antiinflamatorii nonsteroidice, alte medicamente vândute fără prescripție medicală (de ex., fenilefrina, pseudoefedrina), medicamentele antidepresive și disulfiramul. Substanțele toxice menționate a induce simptome psihotice includ anticolinesterazicele, insecticidele organofosforate, gazele neuroparalitice, monoxidul de carbon, bioxidul de carbon și substanțele volatile, cum ar fi carburanții sau vopselele.

## Diagnostic diferențial

Un diagnostic de tulburare psihotică indusă de o substanță trebuie pus în locul diagnosticului de **intoxicație cu o substanță** ori de **abstinență de o substanță**, numai când simptomele psihotice sunt considerate a fi în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Indivizii intoxicați cu stimulante, cannabis, opiaceul meperidina sau cu phencyclidină, ori cei cu abstinență de alcool sau de sedative, pot experienta percepții alterate (lumini scintilante, sunete, iluzii vizuale) pe care ei le recunosc ca fiind efecte ale drogului. Dacă testarea realității pentru aceste experiențe rămâne intactă (adică, persoana recunoaște că percepția este indusă de o substanță, nu crede în ea și nici nu acționează conform ei), diagnosticul nu este cel de tulburare psihotică indusă de o substanță. În schimb, este diagnosticată **intoxicația cu o substanță sau abstinența de o substanță, cu perturbări de percepție** (de ex., intoxicație cu cocaină, cu perturbări de percepție). Halucinațiile „retrospective" (flashback) care pot surveni mult timp după ce uzul de halucinogen a încetat sunt diagnosticate ca **tulburare de percepție halucinogenă persistentă** (vezi pag. 253). De asemenea, dacă simptomele psihotice induse de o substanță survin exclusiv în cursul unui **delirium**, ca în unele forme severe de abstinență de alcool, simptomele psihotice sunt considerate a fi un element asociat al deliriumului și nu sunt diagnosticate separat.

O tulburare psihotică indusă de o substanță se distinge de o tulburare psihotică primară prin faptul că o substanță este considerată a fi în relație etiologică cu simptomele (vezi pag. 338).

O tulburare psihotică indusă de o substanță datorată unui tratament prescris pentru o condiție mentală sau medicală generală, trebuie să-și aibă debutul în timpul perioadei cât persoana respectivă primește medicamentul (sau în cursul abstinenței, dacă există un sindrom de abstinență asociat cu medicamentul). Odată ce tratamentul este întrerupt, simptomele psihotice se vor remite în decurs de câteva zile până la câteva săptămâni (în funcție de semiviața substanței și prezența sindromului de abstinență). Dacă simptomele persistă peste 4 săptămâni, trebuie luate în discuție alte cauze pentru simptomele psihotice. Deoarece indivizii cu condiții medicale generale iau adesea medicamente pentru aceste condiții, clinicianul trebuie să ia în considerație și posibilitatea ca simptomele psihotice să fie

cauzate de consecințele fiziologice ale condiției medicale generale mai curând decât de medicament, caz în care este diagnosticată **tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale**. Istoricul oferă adesea baza primară pentru o astfel de judecată. Uneori, o schimbare a tratamentului condiției medicale generale (de ex., înlocuirea sau întreruperea tratamentului) poate fi necesară pentru a determina empiric pentru persoana respectivă, dacă medicamentul este agentul cauzal. Dacă clinicianul apreciază că perturbarea este datorată, atât unei condiții medicale generale, cât și uzului unei substanțe, pot fi puse ambele diagnostice (adică, tulburare psihotică datorată unei condiții medicale generale și tulburare psihotică indusă de o substanță). Când există date insuficiente pentru a stabili dacă simptomele psihotice se datorează unei substanțe (inclusiv unui medicament) ori unei condiții medicale generale sau sunt primare (adică, nu se datorează nici unei substanțe și nici unei condiții medicale generale) este indicat diagnosticul de **tulburare psihotică fără altă specificație.**

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Psihotică indusă de o Substanță

A. Halucinații sau idei delirante proeminente. **Notă:** Nu se includ halucinațiile când persoana este conștientă de faptul că acestea sunt induse de o substanță.

B. Există proba din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, fie a (1), fie a (2):

(1) simptomele de la criteriul A au apărut în cursul ori în decurs de o lună de la intoxicația sau abstinența de o substanță;
(2) uzul unui medicament este etiologic în relație cu perturbarea.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare psihotică neindusă de o substanță. Proba că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare psihotică neindusă de o substanță poate include următoarele: simptomele preced debutul uzului de o substanță (de ex., uzul unui medicament), simptomele persistă o perioadă considerabilă de timp (de ex., aproape o lună) după încetarea abstinenței acute sau a intoxicației severe, sau sunt considerabil în exces față de ceea ce ar fi de așteptat, dat fiind timpul sau cantitatea de substanță utilizată ori durata uzului, sau există alte indicii care sugerează existența unei tulburări psihotice independente noninduse de o substanță (de ex., un istoric de episoade recurente nerelaționate cu o substanță).

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

**Notă:** Acest diagnostic trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță sau al celui de abstinență de o substanță, numai când simptomele sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență, precum și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

*A se codifica* astfel tulburarea psihotică indusă de (o substanță specifică):

(291.5 alcool, cu idei delirante; 291.3 alcool, cu halucinații; 292.11 amfetamină [sau o substanță similară cu amfetamina], cu halucinații; 292.11 cannabis, cu idei delirante; 292.12 cannabis, cu halucinații; 292.11 cocaină, cu idei delirante; 292.12 cocaină, cu halucinații; 292.11 halucinogen, cu idei delirante; 292.12 halucinogen, cu halucinații; 292.11 inhalant, cu idei delirante; 292.12 inhalant, cu halucinații; 292.11 opiacee, cu idei delirante; 292.12 opiacee, cu halucinații; 292.11 phencyclidină [ori o substanță similară phencyclidinei], cu idei delirante; 292.12 phencyclidină [ori o substanță similară phencyclidinei], cu halucinații; 292.11 sedative, hipnotice sau anxiolitice, cu idei delirante; 292.12 sedative, hipnotice sau anxiolitice, cu halucinații; 292.11 altă substanță [sau o substanță necunoscută], cu idei delirante; 292.12 altă substanță [sau o substanță necunoscută, cu halucinații).

*De specificat dacă* (vezi tabloul de la pag. 193 pentru aplicabilitatea la fiecare substanță:

**Cu debut în cursul intoxicației**: dacă sunt satisfăcute criteriile pentru intoxicația cu o substanță, iar simptomele apar în cursul sindromului de intoxicație

**Cu debut în cursul abstinenței**: dacă sunt satisfăcute criteriile pentru abstinența de o substanță, iar simptomele apar în cursul sau scurt timp după un sindrom de abstinență

## 298.9 Tulburarea Psihotică Fără Altă Specificație

Această categorie include simptomatologia psihotică (de ex., idei delirante, halucinații, limbaj dezorganizat, comportament catatonic sau flagrant dezorganizat) despre care nu există informații suficiente pentru a pune un diagnostic specific sau despre care există informații contradictorii, ori tulburările cu simptome psihotice care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare psihotică specifică.

Exemplele includ:

1. Psihoza postpartum care nu satisface criteriile pentru tulburarea afectivă cu elemente psihotice, tulburarea psihotică scurtă, tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale sau tulburarea psihotică indusă de o substanță,
2. Simptomele psihotice care durează de mai puțin de o lună, dar care nu s-au remis încă, astfel că nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea psihotică scurtă,
3. Halucinații auditive persistente în absența oricăror alte elemente,
4. Idei delirante nonbizare persistente cu perioade de suprapunere de episoade depresive, care au fost prezente o perioadă substanțială din durata perturbării delirante,
5. Situațiile în care clinicianul a conchis că tulburarea psihotică este prezentă, dar este incapabil să precizeze dacă este primară, datorată unei condiții medicale generale ori indusă de o substanță.

# Tulburările Afective

Secțiunea tulburărilor afective include tulburările care au ca element predominant o perturbare de dispoziție. Această secțiune este divizată în trei părți. Prima parte descrie episoadele afective (episodul depresiv major, episodul maniacal, episodul mixt și episodul hipomaniacal) care au fost incluse separat la începutul acestei secțiuni pentru comoditatea diagnosticării diverselor tulburări afective. Aceste episoade nu au propriul lor cod diagnostic și, ca atare, nu pot fi diagnosticate ca entități separate; ele servesc însă drept cărămizi de construcție pentru diagnosticul tulburărilor. Partea a doua descrie tulburările afective (de ex., tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică, tulburarea bipolară I). Seturile de criterii pentru cele mai multe tulburări afective necesită prezența sau absența episoadelor afective descrise în prima parte a secțiunii. Partea a treia include specificanții care descriu, fie cel mai recent episod afectiv, fie evoluția episoadelor recurente.

Tulburările afective sunt împărțite în tulburări depresive („depresia unipolară"), tulburări bipolare și două tulburări bazate pe etiologie — tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale și tulburarea afectivă indusă de o substanță. Tulburările depresive (adică, tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică și tulburarea depresivă fără altă specificație) se disting de tulburările bipolare prin faptul că nu există nici un istoric de a fi avut vreodată un episod maniacal, mixt sau hipomaniacal. Tulburările bipolare (de ex., tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II, ciclotimia și tulburarea bipolară fără altă specificație) implică prezența (sau un istoric) de episoade maniacale, mixte sau hipomaniacale, acompaniate de regulă de prezența (sau un istoric) de episoade depresive majore.

**Tulburarea depresivă majoră** se caracterizează printr-unul sau mai multe episoade depresive majore (adică, cel puțin 2 săptămâni de dispoziție depresivă sau de pierdere a interesului, acompaniată de cel puțin patru simptome suplimentare de depresie).

**Tulburarea distimică** se caracterizează prin cel puțin 2 ani de dispoziție depresivă mai multe zile da decât nu, acompaniată de simptome depresive care nu satisfac criteriile pentru un episod depresiv major.

**Tulburarea depresivă fără altă specificație** este inclusă pentru codificarea tulburărilor cu elemente depresive care nu satisfac criteriile pentru tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică, tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă sau tulburarea de adaptare cu dispoziție anxioasă și depresivă (sau simptome depresive despre care există informații inadecvate sau contradictorii).

**Tulburarea bipolară I** se caracterizează printr-unul sau mai multe episoade maniacale sau episoade mixte, acompaniate de regulă de episoade depresive majore.

**Tulburarea bipolară II** se caracterizează printr-unul sau mai multe episoade depresive majore, acompaniate de cel puțin un episod hipomaniacal.

**Tulburarea ciclotimică** se caracterizează prin cel puțin 2 ani de numeroase perioade de simptome hipomaniacale care nu satisfac criteriile pentru un episod

maniacal și numeroase perioade de simpome depresive care nu satisfac criteriile pentru un episod depresiv major.

**Tulburarea bipolară fără altă specificație** este inclusă pentru codificarea tulburărilor cu elemente bipolare care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre tulburările bipolare specifice, așa cum sunt acestea definite în această secțiune (sau simptome bipolare despre care există informații insuficiente sau contradictorii).

**Tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale** se caracterizează printr-o perturbare persistentă și proeminentă de dispoziție, considerată a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.

**Tulburarea afectivă indusă de o substanță** se caracterizează printr-o perturbare persistentă și proeminentă de dispoziție, considerată a fi consecința fiziologică directă a unui drog de abuz, a unui medicament, a unui alt tratament somatic pentru depresie sau a expunerii la un toxic.

**Tulburarea afectivă fără altă specificație** este inclusă pentru codificarea simptomelor afective care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare afectivă specifică și în care este dificil să se aleagă între tulburarea depresivă fără altă specificație și tulburarea bipolară fără altă specificație (de ex., agitația acută).

Specificanții descriși în cea de a treia parte a secțiunii sunt prevăzuți pentru a crește specificitatea diagnosticului, pentru a crea subgrupe mai omogene, pentru a ajuta la alegerea tratamentului și a ameliora predicția prognosticului. Unii dintre acești specificanți descriu statusul clinic al episodului afectiv curent (sau cel mai recent) (adică, **specificanții severitate/psihotic/ remisiune**), pe când alții descriu elementele episodului curent (sau cel mai recent, dacă episodul este actualmente în remisiune parțială sau completă) (adică, **cronic, cu elemente catatonice, cu elemente melancolice, cu elemente atipice, cu debut postpartum**). Tabelul 1 (pag. 411) indică specificanții de episod care se aplică fiecărei tulburări afective codificabile. Alți specificanți descriu evoluția episoadelor afective recurente (adică, **specificanții de evoluție longitudinală, cu pattern sezonier, cu ciclare rapidă**). Tabelul 2 (pag. 424) indică specificanții de evoluție care se aplică fiecărei tulburări afective codificabile. Specificanții care indică severitatea, remisiunea și elementele psihotice pot fi codificați la cea de a cincea cifră a codului pentru cele mai multe dintre tulburările afective. Alți specificanți nu pot fi codificați.

Secțiunea tulburărilor afective este organizată după cum urmează:

- **Episoade afective:**
  Episodul depresiv major (pag. 349)
  Episodul maniacal (pag. 357)
  Episodul mixt (pag. 362)
  Episodul hipomaniacal (pag. 365)
- **Tulburări depresive:**
  296.xx Tulburarea depresivă majoră (pag. 369)
  300.4 Tulburarea distimică (pag. 377)
  311 Tulburarea depresivă fără altă specificație (pag. 381)
- **Tulburări bipolare**
  296.xx Tulburarea bipolară I (pag. 382)
  296.89 Tulburarea bipolară II (pag. 392)
  301.3 Tulburarea ciclotimică (pag. 398)
  296.80 Tulburarea bipolară fără altă specificație (pag. 400)

- **Alte tulburări afective**
  293.83 Tulburarea afectivă datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (pag. 401)
  29x.xx Tulburarea afectivă indusă de o substanță (pag. 405)
  296.90 Tulburarea afectivă fără altă specificație (pag. 410)

- **Specificanții care descriu statusul clinic al episodului afectiv curent (sau cel mai recent)**
  Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice; În remisiune parțială; În remisiune completă (pentru episodul depresiv major, pag. 411; pentru episodul maniacal, pag. 413; pentru episodul mixt, pag. 415).

- **Specificanții care descriu elementele episodului curent (sau cel mai recent dacă se află actualmente în remisiune parțială sau completă)**
  Cronic (pag. 417)
  Cu elemente catatonice (pag. 418)
  Cu elemente melancolice (pag. 419)
  Cu elemente atipice (pag. 420)
  Cu debut postpartum (pag. 422)

- **Specificanți care descriu evoluția episoadelor recurente**
  Specificanții evoluției longitudinale (Cu sau fără recuperare interepisodică completă) (pag. 424)
  Cu pattern sezonier (pag. 426)
  Cu ciclare rapidă (pag. 427)

## Procedee de înregistrare pentru tulburarea depresivă majoră și tulburările bipolară I și bipolară II

**Selectarea codurilor diagnostice.** Codurile diagnostice sunt selectate după cum urmează:

**Pentru tulburarea depresivă majoră:**

1. Primele trei cifre sunt 296.
2. Cea de a patra cifră, este fie 2 (dacă există numai un singur episod depresiv major), fie 3 (dacă există episoade depresive majore recurente).
3. Cea de a cincea cifră indică severitatea episodului depresiv major, dacă sunt satisfăcute complet criteriile după cum urmează: 1.pentru severitate ușoară, 2 pentru severitate moderată, 3 pentru severă, fără elemente psihotice, 4 pentru severă, cu elemente psihotice. Dacă actualmente nu sunt satisfăcute complet criteriile pentru episodul depresiv major, cea de a cincea cifră indică statusul clinic curent al tulburării depresive majore după cum urmează: 5 pentru în remisiune parțială, 6 pentru în remisiune completă. Dacă severitatea nu este specificată, cea de a cincea cifră este 0.

**Pentru tulburarea bipolară I:**

1. Primele trei cifre sunt, de asemenea, 296.
2. Cea de a patra cifră este 0, dacă există un singur episod maniacal. Pentru episoadele recurente, cea de a patra cifră indică natura episodului curent (sau dacă tulburarea bipolară I este actualmente în remisiune parțială sau completă, natura celui mai recent episod) după cum urmează: 4 dacă episodul curent sau cel mai recent este un episod hipomaniacal sau un

episod maniacal, 6 dacă este un episod mixt, 5 dacă este un episod depresiv major și 7 dacă episodul curent sau cel mai recent este nespecificat.

3. Cea de a cincea cifră (cu excepția tulburării bipolare I, cel mai recent episod hipomaniacal și a tulburării bipolare I, cel mai recent episod nespecificat), indică severitatea episodului curent dacă sunt satisfăcute complet criteriile pentru episodul maniacal, mixt sau depresiv major după cum urmează: 1 pentru severitate ușoară, 2 pentru severitate moderată, 3 pentru severă, fără elemente psihotice, 4 severă, cu elemente psihotice. Dacă nu sunt satisfăcute complet criteriile pentru un episod maniacal, mixt sau depresiv major, cea de a cincea cifră indică statusul clinic curent al tulburării bipolare I după cum urmează: 5 pentru în remisiune parțială, 6 pentru în remisiune completă. Dacă severitatea curentă sau statusul clinic este nespecificat, cea de a cincea cifră este 0. Pentru tulburarea bipolară I, cel mai recent episod hipomaniacal, cea de a cincea cifră este totdeauna „0". Pentru tulburarea bipolară, cel mai recent episod nespecificat, nu există cea de a cincea cifră.

**Pentru tulburarea bipolară II**, codul diagnostic este 296.89

**Înregistrarea denumirii diagnosticului.** La înregistrarea denumirii unui diagnostic, termenii trebuie să fie menționați în următoarea ordine:

1. Numele tulburării (de ex., tulburare depresivă majoră, tulburare bipolară),
2. Specificanții codificați la cea de a patra cifră (de ex., recurent, cel mai recent episod maniacal),
3. Specificanții codificați la cea de a cincea cifră (de ex., ușor, sever, cu elemente psihotice, în remisiune parțială),
4. Tot atâția specificanți (fără coduri) câți corespund episodului curent și celui mai recent (de ex., cu elemente melancolice, cu debut postpartum),
5. Tot atâția specificanți (fără coduri) câți corespund evoluției episoadelor recurente (de ex., cu pattern sezonier, cu ciclare rapidă).

Următoarele exemple ilustrează cum să se înregistreze un diagnostic de tulburare afectivă
cu specificanți:

- 296.32 Tulburare depresivă majoră recurentă, moderată, cu elemente atipice, cu pattern sezonier, cu recuperare interepisodică completă.
- 296.54 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv, sever, cu elemente psihotice, cu elemente melancolice, cu ciclare rapidă.

# Episoadele Afective

## Episodul Depresiv Major

### Elementele episodului

Elementul esențial al episodului depresiv major îl constituie o perioadă de cel puțin 2 săptămâni în cursul căreia există, fie dispoziție depresivă, fie pierderea interesului sau plăcerii pentru aproape toate activitățile. La copii și adolescenți, dispoziția poate fi mai curând iritabilă decât tristă. Individul trebuie, de asemenea, să experienteze cel puțin patru simptome suplimentare extrase dintr-o listă care include modificări în apetit sau greutate, somn și activitatea psihomotorie, energie scăzută, sentimente de inutilitate sau de culpă, dificultate în gândire, concentrare sau luarea de decizii, idei recurente de moarte sau idei, planuri ori tentative de suicid. Pentru a conta pentru un episod depresiv major, un simptom trebuie să fie prezent de curând ori să fie în mod clar agravat în comparație cu starea preepisodică a persoanei. Simptomele trebuie să persiste cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, timp de cel puțin 2 săptămâni consecutive. Episodul trebuie să fie acompaniat de detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare. La unii indivizi cu episoade mai ușoare, funcționarea pare a fi normală, dar necesită un efort considerabil crescut.

Dispoziția, într-un episod depresiv major este descrisă adesea de către persoana respectivă ca aceasta fiind depresivă, tristă, disperată, descurajată sau ca „fără chef" (criteriul A1). În unele cazuri, tristețea poate fi negată la început, dar poate fi provocată de interviu (de ex., atrăgând atenția persoanei respective că arată ca și cum ar fi pe punctul de a începe să plângă). La unii indivizi care se plâng că se simt „fără vervă", că nu mai au sentimente ori că sunt anxioși, prezența dispoziției depresive poate fi dedusă din expresia facială a persoanei și din conduită. Unii indivizi pun accentul mai curând pe acuzele somatice (de ex., pe disconfortul somatic) decât pe descrierea sentimentelor de tristețe. Mulți indivizi relatează sau manifestă o stare de iritabilitate crescută (de ex., stare coleroasă persistentă, tendința de a răspunde la diverse evenimente prin accese de furie ori prin blamarea altora, sau printr-un sentiment exagerat de frustrare pentru chestiuni minore). La copii și adolescenți poate apare mai curând o dispoziție iritabilă sau capricioasă decât o dispoziție tristă sau abătută. Acest tablou clinic trebuie să fie diferențiat de patternul de iritabilitate al „copilului răsfățat" când este frustrat.

Pierderea interesului sau plăcerii este aproape totdeauna prezentă într-un grad oarecare. Indivizii pot relata că se simt mai puțin interesați de hobbiuri, „nu-mi mai pasă de nimic acum", nu mai simt nici o plăcere pentru activități considerate anterior ca distractive (criteriul A2). Membrii familiei notează adesea retragerea socială sau neglijarea activităților plăcute (de ex., un jucător avid de golf altădată, n-a mai jucat de mult timp; un copil căruia îi făcea plăcere să joace soccer (fotbal american) își găsește scuze pentru a nu-l mai practica). La unii indivizi există o reducere semnificativă de la nivelul anterior a interesului sau dorinței sexuale.

Apetitul este de regulă redus, mulți indivizi simțind că ei se forțează să mănânce. Alți indivizi, în special cei întâlniți în unități ambulatorii, pot avea un

apetit crescut și pot dori compulsiv anumite alimente (de ex., dulciuri sau alți hidrați de carbon). Când modificările de apetit sunt severe (în orice direcție), poate fi observată fie o pierdere, fie o luare în greutate, sau, la copii, poate fi notată incapacitatea de a lua în greutate plusul așteptat (criteriul A3).

Cea mai comună perturbare a somnului, asociată cu un episod depresiv, major este insomnia (criteriul A4). Indivizii au de regulă o insomnie mediană (adică, se deșteaptă din somn în cursul nopții și apoi au dificultăți în a readormi) sau o insomnie terminală (adică, se deșteaptă din somn prea din timp și nu mai pot readormi). Insomnia inițială (adică, dificultatea de a adormi) poate, de asemenea, apare. Mai rar, indivizii prezintă hipersomnie, sub forma unor episoade prelungite de somn noaptea sau a unei creșteri a duratei somnului diurn. Uneori motivul pentru care individul solicită tratament îl constituie somnul perturbat.

Modificările psihomotorii includ agitația (adică, incapacitatea de a sta liniștit, mersul de colo până colo, frântul mâinilor ori pișcarea sau frecarea tegumentelor, vestimentelor sau altor obiecte sau lentoarea (de ex., lentoare în vorbire, gândire sau în mișcările corpului), creșterea pauzelor înainte de a răspunde, vorbirea redusă ca volum, modulație, cantitate sau varietate a conținutului ori mutism (criteriul A5). Agitația psihomotorie sau lentoarea trebuie să fie suficient de severe pentru a putea fi observate și de către alții și să nu reprezinte numai impresii personale.

Energia scăzută, extenuarea și fatigabilitatea sunt frecvente (criteriul A6). O persoană poate acuza fatigabilitate susținută fără a depune vreo activitate fizică. Chiar și cele mai mici sarcini par a necesita un efort considerabil. Eficiența cu care sunt efectuate sarcinile poate fi redusă. De exemplu, un individ se poate plânge că spălatul și îmbrăcatul dimineața sunt epuizante și-i iau de două ori mai mult timp decât în mod uzual.

Sentimentul de inutilitate sau de culpă asociat cu un episod depresiv major poate include aprecieri negative asupra propriei valori care nu corespund realității ori preocupări referitoare la culpabilitate sau ruminații în legătură cu erori minore în trecut (criteriul A7). Astfel de indivizi interpretează adesea în mod eronat evenimente cotidiene neutre sau banale ca probă a defectelor personale și au un sentiment exagerat de responsabilitate față de evenimentele nefavorabile. De exemplu, un agent imobiliar se autocondamnă pentru eșecul de a face vânzări, chiar când piața a scăzut în general și nici alți agenți imobiliari nu sunt capabili să facă vânzări. Sentimentul de inutilitate sau de culpă poate fi de proporții delirante (de ex., un individ care este convins că el, personal, este răspunzător de mizeria lumii). Autoblamarea pentru faptul de a fi suferind și pentru a nu fi reușit să satisfacă responsabilitățile profesionale sau interpersonale ca rezultat al depresiei este foarte frecventă și nu este considerată suficientă pentru a satisface acest criteriu, cu excepția cazului când este delirantă.

Mulți indivizi acuză deteriorarea capacității de a gândi, de a se concentra ori de a lua decizii (criteriul A8). Ei pot apare ca fiind ușor de distras sau se plâng de dificultăți de memorie. Cei care în plan intelectual necesită continuitate școlară sau profesională sunt adesea incapabili să funcționeze corespunzător chiar când au probleme ușoare de concentrare (de ex., un programator de computer care nu mai poate efectua de mult timp sarcini complicate, dar pe care le realiza anterior). La copii, o scădere precipitată a notelor poate reflecta o concentrare redusă. La indivizii în etate cu episod depresiv major, dificultățile mnezice pot fi acuza principală și pot fi luate în mod eronat drept semne de demență („pseudodemență"). Când episodul depresiv major este tratat cu succes, problemele de memorie dispar complet. Însă, la

unii indivizi, în special la persoanele în etate, un episod depresiv major poate fi uneori tabloul clinic inițial al unei demențe ireversibile.

Frecvent, există gânduri de moarte, ideație suicidară ori tentative de suicid (criteriul A9). Aceste gânduri merg de la convingerea că alții ar fi mai bine situați dacă persoana respectivă ar fi moartă, la idei tranzitorii, dar recurente de comitere a suicidului, până la anumite planuri reale de cum să comită suicidul. Frecvența, intensitatea și letalitatea acestor idei poate fi foarte variabilă. Indivizii suicidari mai puțin severi pot relata idei de suicid tranzitorii (de 1–2 minute), recurente (odată sau de două ori pe săptămână). Indivizii suicidari mai severi pot să-și fi procurat materiale (de ex., o funie sau o armă) pentru a fi utilizate în tentativa de suicid și pot avea stabilit locul și momentul când vor fi singuri pentru a-și putea realiza suicidul. Deși aceste comportamente sunt asociate statistic cu tentative de suicid și pot fi utile în identificarea unui grup cu risc mare, multe studii au arătat că nu este posibil să se prevadă cu certitudine când sau dacă un individ cu depresie va încerca să se sinucidă. Motivațiile pentru suicid pot include dorința de a se retrage din fața unor obstacole percepute ca insurmontabile ori dorința intensă de a termina cu o stare emoțională dureroasă, torturantă, care este percepută de persoană a fi interminabilă.

Diagnosticul de episod depresiv major nu se pune dacă simptomele satisfac criteriile pentru un episod mixt (criteriul B). Un episod mixt se caracterizează prin simptome aparținând, atât unui episod maniacal, cât și unui episod depresiv major, survenind aproape în fiecare zi, o perioadă de cel puțin o săptămână.

Gradul de deteriorare asociat cu un episod depresiv major variază, dar chiar în cazurile ușoare trebuie să existe, fie o suferință semnificativă clinic ori o intervenție oarecare în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). Dacă deteriorarea este severă, persoana își poate pierde capacitatea de a funcționa social sau profesional. În cazuri extreme, persoana poate fi incapabilă de o minimă autoîngrijire (de ex., să se alimenteze sau să se îmbrace singură) sau să-și mențină un minimum de igienă personală.

Un interviu atent este esențial pentru a identifica simptomele unui episod depresiv major. Relatarea poate fi compromisă de dificultățile în concentrare, deteriorarea memoriei sau tendința de a nega, de a minimaliza sau de a explica simptomele. Informațiile provenind de la informatori auxiliari pot fi extrem de utile în clarificarea evoluției episoadelor depresive curente sau anterioare și în stabilirea faptului dacă au existat episoade maniacale sau hipomaniacale. Deoarece episoadele depresive majore pot începe gradual, o trecere în revistă a informațiilor clinice centrate pe partea cea mai rea a episodului curent poate foarte probabil să detecteze prezența simptomelor. Evaluarea simptomelor unui episod depresiv major este extrem de dificilă când acestea survin la un individ care are, de asemenea, o condiție medicală generală (de ex., cancer, ictus, infarct miocardic, diabet). Unii dintre itemii criteriu ai episodului depresiv major sunt identici cu semnele și simptomele caracteristice ale condițiilor medicale generale (de ex., pierderea în greutate într-un diabet netratat, fatigabilitatea, în cancer). Astfel de simptome trebuie să pledeze pentru un episod depresiv major, exceptând cazul când acestea sunt clar și complet explicate de o condiție medicală generală. De exemplu, pierderea în greutate la o persoană cu colită ulceroasă, care are multe scaune și consum redus de alimente, nu trebuie să conteze pentru un episod depresiv major. Pe de altă parte, când tristețea, culpa, insomnia sau pierderea în greutate sunt prezente la o persoană cu infarct miocardic recent, fiecare simptom va conta pentru un episod depresiv major, deoarece acestea nu sunt explicate clar și

complet de efectele fiziologice ale infarctului de miocard. La fel, când simptomele sunt datorate în mod clar ideilor delirante incongruente cu dispoziția sau halucinațiilor, (de ex., o pierdere în greutate de 30 livre datorată refuzului de a mânca din cauza ideii delirante că mâncarea este otrăvită), aceste simptome nu pledează pentru un episod depresiv major.

Prin definiție, episodul depresiv major nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unui drog de abuz (de ex., în contextul intoxicației alcoolice sau al abstinenței de cocaină), efectelor adverse ale unor medicamente sau tratamente (de ex., steroizii) ori expunerii la un toxic. La fel, episodul nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., hipotiroidismul) (criteriul D). De asemenea, dacă simptomele încep în decurs de 2 luni de la pierderea unei ființe iubite și nu persistă peste aceste 2 luni, ele sunt în general considerate a rezulta din doliu (vezi pag. 740), cu excepția cazului cînd sunt asociate cu o deteriorare funcțională marcată sau includ preocupări morbide referitoare la inutilitate, ideație suicidară, simptome psihotice sau lentoare psihotorie (criteriul E).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu episod depresiv major prezintă frecvent tristețe, iritabilitate, meditativitate, ruminație obsesivă, anxietate, fobii, preocupări excesive referitoare la sănătatea fizică și acuze de durere (de ex., cefalee, dureri articulare, abdominale sau alte tipuri de durere). În cursul unui episod depresiv major, unii indivizi au atacuri de panică survenind într-un pattern ce satisface criteriile pentru panică. La copii, poate surveni anxietatea de separare. Unii indivizi notează dificultăți în relațiile intime, interacțiuni sociale mai puțin satisfăcătoare sau dificultăți în activitatea sexuală (de ex., anorgasmie la femei și disfuncție erectilă la bărbați). Pot exista probleme maritale (de ex., divorț), probleme profesionale (de ex., pierderea serviciului), probleme școlare (de ex., chiul, eșec școlar), abuz de alcool ori de altă substanță, creșterea utilizării serviciilor medicale. Cea mai serioasă consecință a episodului depresiv major o constituie tentativa de suicid sau suicidul complet. Riscul de suicid este extrem de mare la indivizii cu elemente psihotice, cu istoric de tentative de suicid anterioare, cu un istoric familial de suiciduri complete ori de uz concomitent de o substanță. Poate exista, de asemenea, o rată crescută de morți premature prin condiții medicale generale. Episoadele depresive majore urmează adesea unor stresori psihosociali (de ex., moartea unei ființe iubite, separare maritală, divorț). Nașterea unui copil poate precipita un episod depresiv major, în care caz este menționat specificantul „cu debut postpartum" (vezi pag, 422).

**Date de laborator asociate.** Nu au fost identificate nici un fel de date de laborator specifice sub aspect diagnostic pentru episodul depresiv major. Cu toate acestea, s-a constatat că o diversitate de date de laborator sunt anormale la indivizii cu episoade depresive majore în comparație cu subiecții de control. Se pare că aceleași anomalii de laborator sunt asociate cu un episod depresiv major, indiferent de faptul dacă episodul este parte a unei tulburări depresive majore, tulburări bipolare I sau II. Cele mai multe anomalii sunt dependente de stare (adică, afectate de prezența sau absența simptomelor depresive), însă unele date pot precede debutul episodului sau pot persista după remisiunea sa. Este posibil ca testele de laborator să fie anormale în episoadele cu elemente melancolice sau psihotice, precum și la indivizii mai sever depresivi.

Anomalii EEG de somn pot fi evidente la 40%–60% dintre pacienții ambulatori și în până la 90% dintre pacienții internați cu un episod depresiv major. Datele polisomnografice asociate cel mai frecvent includ: 1) perturbări ale continuității somnului, cum ar fi latența de somn prelungită, vigilitate intermitentă crescută, deșteptare matinală precoce; 2) reducerea stadiilor 3 și 4 de somn non-REM (somnul cu unde lente) cu o deplasare a activității cu unde lente mai departe de prima perioadă NREM; 3) reducerea latenței mișcărilor oculare rapide (adică, scurtarea duratei primei perioade NREM); 4) creșterea activității fazice REM (adică, a numărului de mișcări reale ale ochilor în cursul somnului) și 5) creșterea duratei de somn REM la începutul nopții. Unele date sugerează că aceste anomalii de somn persistă și după remisiunea clinică sau pot precede debutul episodului depresiv major inițial printre cei cu risc crescut pentru o tulburare afectivă (de ex., membri de gradul I ai familiei indivizilor cu tulburare depresivă majoră)

Fiziopatologia unui episod depresiv major implică o dereglare a numărului de sisteme de neurotransmițători incluzând serotonina, norepinefrina, dopamina, acetilcolina și sistemele acidului gamma-aminobutiric. Există, de asemenea, probe de alterare a diverselor neuropeptide incluzând hormonul de eliberare a corticotropinei. La unii pacienți depresivi au fost observate perturbări hormonale incluzând creșterea secreției de glucocorticoid (de ex., creșterea nivelelor cortizolului liber în urină sau nonsupresiunea de către dexametazonă a cortizolului plasmatic) și aplatizarea concentrației hormonului de creștere, a hormonului de stimulare a tiroidei și a răspunsului prolactinei la diverse teste de provocare. Studiile de imagistică funcțională cerebrală certifică alterari ale fluxului sanguin și metabolismului cerebral la unii indivizi, incluzând creșterea fluxului sanguin în regiunile limbică și paralimbică și scăderea acestuia în cortexul prefrontal lateral. Depresia care debutează târziu în viață este asociată cu alterări ale structurii cerebrale, incluzând modificări vasculare periventriculare. Nici una dintre aceste modificări nu este prezentă la toți indivizii în episod depresiv major și nici una nu reprezintă o perturbare particulară specifică depresiei.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Cultura poate influența experientarea și comunicarea simptomelor depresiei. Subdiagnosticarea sau diagnosticarea eronată pot fi reduse prin acordarea de atenție specificității etnice și culturale în prezentarea acuzelor unui episod depresiv major. De exemplu, în unele culturi, depresia poate fi experientată în mare măsură în termeni somatici mai curând decît ca tristețe sau culpă. Acuzele de „nervi" și de cefalee (în culturile latino și mediteraneene), de astenie, de debilitate, de „dezechilibru" (în cultura chineză și alte culturi asiatice), de probleme de „inimă" (în culturile medioorientale) ori de a fi „cu inima frântă" (printre hopi) pot exprima experiența depresivă. Astfel de tablouri clinice combină elemente ale tulburărilor depresive, anxioase și somatoforme. Culturile pot diferi în aprecierile referitoare la severitatea experientării sau exprimării disforiei (de ex., iritabilitatea poate provoca o preocupare mai mare decât tristețea sau izolarea). Experiențele distinctive cultural (de ex., teama de a nu fi deochiat sau femecat, senzația de „căldură în cap" sau senzația de reptare de viermi sau furnici, ori impresia vie că este vizitat de cei morți) trebuie să fie distinse de halucinațiile sau ideile delirante reale care pot fi parte a unui episod depresiv major cu elemente psihotice. De asemenea, este important pentru clinician să nu excludă în mod rutinier un simptom doar pentru faptul că acesta este văzut ca „normă" pentru o anumită cultură.

Simptomele de nucleu ale unui episod depresiv major sunt aceleași la copii și adolescenți, deși există date care sugerează că proeminența simptomelor caracteristice se schimbă cu etatea. Anumite simptome, cum sunt acuzele somatice, iritabilitatea și izolarea socială, sunt extrem de frecvente la copii, în timp ce lentoarea psihomotorie, hipersomnia și ideile delirante sunt mai puțin frecvente în prepubertate decât în adolescență și în perioada adultă. La copii prepubertari, episodul depresiv major survine mai frecvent împreună cu alte tulburări mentale (în special cu tulburările de comportament disruptiv, deficitele de atenție și tulburările anxioase) decât izolat. La adolescenți, episoadele depresive majore sunt asociate frecvent cu tulburări de comportament disruptiv, deficite de atenție, tulburări anxioase, tulburări în legătură cu o substanță și tulburări de comportament alimentar. La adulții în etate, simptomele cognitive (de ex., dezorientarea, pierderea memoriei și distractibilitatea) pot fi extrem de proeminente.

Femeile sunt expuse unui risc semnificativ mai mare decât bărbații de a prezenta episoade depresive majore la un moment dat în cursul vieții lor, cele mai mari diferențe fiind constatate în studiile efectuate în Statele Unite și Europa. Acest risc diferențial crescut apare în cursul adolescenței și poate coincide cu debutul pubertății Un procent semnificativ de femei relatează o înrăutățire a simptomelor unui episod depresiv major cu câteva zile înainte de începutul menstruațiilor. Studiile arată că episoadele depresive survin de două ori mai frecvent la femei decât la bărbați. Vezi secțiunile corespunzătoare ale textelor pentru tulburarea depresivă majoră (pag. 372), tulburarea bipolară I (pag. 385) și tulburarea bipolară II (pag. 394) pentru informații referitoare la sex.

## Evoluție

Simptomele unui episod depresiv major se dezvoltă de regulă în decurs de zile sau săptămâni. O perioadă prodromală, care poate include simptome anxioase și simptome depresive ușoare, poate dura timp de săptămâni sau luni înaintea debutului unui episod depresiv major complet. Durata unui episod depresiv major este, de asemenea, variabilă. Un episod netratat durează de regulă 6 luni sau mai mult, indiferent de etatea la debut. În majoritatea cazurilor, există o remisiune completă a simptomelor, iar funcționarea revine la nivelul premorbid. Într-un procent important de cazuri (poate 20%–30%), unele simptome depresive, insuficiente pentru a satisface complet criteriile pentru un episod depresiv major, pot persista luni sau ani și pot fi asociate cu o oarecare incapacitate sau dificultate (în care caz poate fi menționat specificantul „în remisiune parțială"; pag. 412). Remisiunea parțială urmând unui episod depresiv major pare a fi predictivă de un pattern similar după episoadele ulterioare. La unii indivizi (5%–10%), criteriile complete pentru un episod depresiv major continuă să fie satisfăcute timp de 2 sau mai mulți ani (în care caz poate fi menționat specificantul „cronic", vezi pag. 417).

## Diagnostic diferențial

Un episod depresiv major trebuie să fie distins de o **tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale.** Diagnosticul adecvat trebuie să fie cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, dacă perturbarea afectivă este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (de ex., scleroză multiplă, ictus, hipotiroidism) (vezi pag. 401). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă sunt

prezente, atât un episod depresiv major, cât și o condiție medicală generală, dar se consideră că simptomele depresive nu sunt consecința fiziologică directă a condiției medicale generale, atunci tulburarea afectivă primară este înregistrată pe axa I (de ex., tulburare depresivă majoră), iar condiția medicală generală, pe axa III (de ex., infarct miocardic). Acesta trebuie să fie, de exemplu, cazul dacă episodul depresiv major este considerat a fi consecința fiziologică a faptului de a avea o condiție medicală generală sau dacă nu există nici o relație etiologică între episodul depresiv major și condiția medicală generală.

O **tulburare afectivă indusă de o substanță** se distinge de un episod depresiv major prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament sau un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă (vezi pag. 405). De exemplu, dispoziția depresivă care survine numai în contextul abstinenței de cocaină va fi diagnosticată ca tulburare afectivă indusă de cocaină, cu elemente depresive, cu debut în cursul abstinenței.

La persoanele în etate, adesea este dificil să se stabilească dacă simptomele cognitive (de ex., dezorientarea, apatia, dificultatea în concentrare, pierderea memoriei) sunt explicate mai bine de o **demență** ori de un episod depresiv major. O evaluare medicală completă și o evaluare a debutului perturbării, a secvențierii temporale a simptomelor depresive și cognitive, a evoluției maladiei și a răspunsului la tratament sunt utile în efectuarea acestei precizări. Starea premorbidă a individului poate ajuta la diferențierea unui episod depresiv major de o demență. Într-o demență, există de regulă un istoric premorbid de declin al funcției cognitive, în timp ce un individ cu un episod depresiv major este foarte posibil să aibă o stare premorbidă normală și un declin cognitiv abrupt, asociat cu depresia.

Episoadele depresive majore cu dispoziție iritabilă proeminentă pot fi dificil de distins de **episoadele maniacale cu dispoziție iritabilă** ori de **episoadele mixte**. Această distincție necesită o evaluare clinică atentă a prezenței simptomelor maniacale. Dacă sunt satisfăcute criteriile, atât pentru un episod maniacal, cât și pentru un episod depresiv major (cu excepția celui cu o durată de 2 săptămâni), aproape în fiecare zi, timp de cel puțin o săptămână, este vorba de un episod mixt.

Distractibilitatea și rezistența scăzută la frustrare pot surveni, atât în **tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție**, cât și în episodul depresiv major; dacă sunt satisfăcute criteriile pentru ambele, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție poate fi diagnosticată adițional tulburării afective. Însă, clinicianul trebuie să fie atent să nu supradiagnosticheze episodul depresiv major la copiii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție a căror perturbare de dispoziție este caracterizată mai curând prin iritabilitate decât prin tristețe sau pierderea interesului.

Un episod depresiv major, care survine ca un răspuns la un stresor psihosocial, se distinge de **tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă** prin faptul că nu sunt satisfăcute complet criteriile pentru un episod depresiv major în tulburarea de adaptare. După pierderea unei ființe iubite, chiar dacă simptomele depresive sunt de suficientă durată și număr pentru a satisface criteriile pentru un episod depresiv major, acestea trebuie să fie atribuite mai curând **doliului** decât unui episod depresiv major, cu excepția cazului când persistă peste 2 luni ori includ o deteriorare funcțională marcată, preocupare morbidă în legătură cu inutilitatea, ideație suicidară, simptome psihotice ori lentoare psihomotorie.

În fine, **perioadele de tristețe** sunt aspecte inerente ale experienței umane. Aceste perioade nu trebuie să fie diagnosticate ca episod depresiv major decât dacă sunt satisfăcute criteriile pentru severitate (adică, cinci din nouă simptome), durata (adică,

cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, timp de cel puțin 2 săptămâni) și detresă sau deteriorare semnificativă clinic. Diagnosticul de **tulburare depresivă fără altă specificație** poate fi indicat pentru tablourile clinice de dispoziție depresivă cu deteriorare semnificativă clinic și care nu satisfac criteriile de durată sau severitate.

## Criteriile de diagnostic pentru Episodul Depresiv Major

A. Cinci (sau mai multe) dintre următoarele simptome au fost prezente în cursul aceleiași perioade de 2 săptămâni, și reprezintă o modificare de la nivelul anterior de funcționare; cel puțin unul dintre simptome este, fie (1) dispoziție depresivă, fie (2) pierderea interesului sau plăcerii:

**Notă:** Nu se includ simptome care este clar că se datorează unei condiții medicale generale ori idei delirante sau halucinații incongruente cu dispoziția.

(1) dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, indicată fie prin relatare personală (de ex., se simte trist sau inutil), ori observație făcută de alții (de ex., pare înlăcrimat). Notă: La copii și adolescenți, dispoziția poate fi iritabilă;
(2) diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile, cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi (după cum este indicat, fie prin relatare personală, fie prin observații făcute de alții;
(3) pierdere semnificativă în greutate, deși nu ține dietă, ori luare în greutate (de ex., o modificare de mai mult de 5% din greutatea corpului într-o lună) ori scădere sau creștere a apetitului aproape în fiecare zi. Notă: La copii, se ia în considerație incapacitatea de a atinge plusurile ponderale expectate;
(3) insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi;
(4) agitație sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi (observabilă de către alții, nu numai senzațiile subiective de neliniște sau de lentoare);
(5) fatigabilitate sau lipsă de energie aproape în fiecare zi;
(6) sentimente de inutilitate sau de culpă excesivă ori inadecvată (care poate fi delirantă) aproape în fiecare zi (nu numai autoreproș sau culpabilizare în legătură cu faptul de a fi suferind);
(8) diminuarea capacității de a gândi sau de a se concentra ori indecizie aproape în fiecare zi (fie prin relatare personală, fie observată de alții);
(9) gânduri recurente de moarte (nu doar teama de moarte), ideație suicidară recurentă fără un plan anume, ori o tentativă de suicid sau un plan anume pentru comiterea suicidului.

B. Simptomele nu satisfac criteriile pentru un episod mixt (vezi pag. 365).

C. Simptomele cauzează o detresă sau o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții generale medicale (de ex., hipotiroidism).

E. Simptomele nu sunt explicate mai bine de doliu, adică, după pierderea unei ființe iubite, simptomele persistă mai mult de 2 luni ori sunt caracterizate printr-o deteriorare funcțională semnificativă, preocupare morbidă de inutilitate, ideație suicidară, simptome psihotice sau lentoare psihomotorie.

# Episodul Maniacal

## Elementele episodului

Un episod maniacal este definit printr-o perioadă distinctă în cursul căreia există o dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă anormală și persistentă. Această perioadă de dispoziție anormală durează cel puțin o săptămână (sau mai puțin, dacă este necesară spitalizarea) (criteriul A). Perturbarea de dispoziție trebuie să fie acompaniată de cel puțin trei simptome adiționale dintr-o listă care include stima de sine exagerată sau grandoarea, scăderea necesității de somn, presiunea de a vorbi, fuga de idei, distractibilitatea, creșterea implicării în activități orientate spre un scop ori agitație psihomotorie și implicarea excesivă în activități plăcute cu un înalt potențial de consecințe indezirabile. Dacă dispoziția este iritabilă (mai curând decât crescută sau expansivă), cel puțin patru dintre simptomele de mai sus trebuie să fie prezente (criteriul B). Simptomele nu satisfac criteriile pentru un episod mixt care este caracterizat, atât prin simptome ale episodului maniacal, cât și prin simptome ale episodului depresiv major, survenind aproape în fiecare zi, o perioadă de cel puțin o săptămână (criteriul C). Perturbarea trebuie să fie suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională ori pentru a necesita spitalizarea, sau este caracterizată prin prezența de elemente psihotice (criteriul D). Episodul nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unui drog de abuz, ale unui medicament ori ale altor tratamente somatice pentru depresie (de ex., terapie electroconvulsivantă sau fototerapie) ori ale expunerii la un toxic. De asemenea, episodul nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., scleroză multiplă, tumoră cerebrală) (criteriul E).

Dispoziția crescută a unui episod maniacal poate fi descrisă ca euforică, extraordinar de bună, jovială sau exaltată. Deși dispoziția persoanei poate avea inițial un caracter contagios pentru un observator neimplicat, ea este recunoscută ca excesivă de cei care cunosc bine persoana respectivă. Calitatea expansivă a dispoziției se caracterizează printr-un entuziasm continuu și indiscriminativ pentru interacțiuni interpersonale, sexuale sau profesionale. De exemplu, persoana respectivă poate începe în mod spontan conversații întinse cu străinii în locuri publice ori un vânzător poate telefona acasă unor persoane străine în primele ore ale dimineții pentru a începe vânzările. Deși dispoziția crescută este considerată a fi simptomul tipic, perturbarea de dispoziție predominantă poate fi iritabilitatea, în special când dorințele persoanei nu sunt satisfăcute. Labilitatea dispoziției (de ex., alternanță între euforie și iritabilitate) este observată frecvent.

Stima de sine exagerată este de regulă prezentă, mergând de la încrederea necritică în sine până la grandoarea marcată, și poate atinge proporții delirante (criteriul B1). Indivizii își pot da cu părerea în chestiuni despre care nu au nici un fel de cunoștințe (de ex., cum să se conducă Națiunile Unite). În disprețul lipsei oricărei experiențe sau talent special, individul se poate angaja să scrie un roman sau să compună o simfonie, ori caută publicitate pentru o invenție impractică oarecare. Ideile delirante de grandoare sunt frecvente (de ex., are o relație specială cu Dumnezeu ori cu o anumită persoană publică din lumea politică, religioasă sau a spectacolului).

Aproape constant, există o necesitate redusă de somn (criteriul B2). Persoana se deșteaptă de regulă din somn cu câteva ore mai din timp decât în mod uzual, dar se simte plină de energie. Când perturbarea somnului este severă, persoana poate petrece zile întregi fără să doarmă, și totuși să nu simtă nici un fel de fatigabilitate.

Vorbirea maniacală este de regulă presantă, sonoră, rapidă și dificil de întrerupt (criteriul B3). Indivizii pot vorbi nonstop, uneori ore întregi, fără nici o considerațiune față de dorința altora de a comunica. Limbajul este caracterizat uneori prin plezanterie, joc de cuvinte și impertinențe care amuză. Individul poate deveni ostentativ, cu manierisme și mod de a cânta demonstrativ. Mai curând sunetele decât relațiile conceptuale semnificative, guvernează alegerea cuvintelor (adică, clangorul). Dacă dispoziția persoanei este mai mult iritabilă decât expansivă, discursul poate fi marcat de lamentări, comentarii ostile sau tirade coleroase.

Gândurile individului pot fi accelerate, adesea într-un ritm mai rapid decât cel în care pot fi articulate (criteriul B4). Unii indivizi cu episoade maniacale relatează că această experiență seamănă cu aceea a urmăririi simultane a două sau trei programe de televiziune. Frecvent există fugă de idei, evidențiată printr-un flux aproape continuu de vorbire accelerată, cu treceri bruște de la un subiect la altul. De exemplu, în timp ce vorbește despre o eventuală afacere constând din vânzarea de computere, un vânzător poate trece la discutarea în cele mai mici detalii a istoriei cipului pentru computer, a revoluției industriale sau a matematicilor aplicate. Când fuga de idei este severă, limbajul devine dezorganizat și incoerent.

Distractibilitatea (criteriul B5) este evidențiată prin incapacitatea de a elimina stimulii externi irelevanți (de ex., cravata examinatorului, zgomotul de fond sau conversațiile ori mobilele din cameră). Poate exista o capacitate redusă de a face distincție între ideile adecvate subiectului și ideile numai puțin relevante ori clar irelevante.

Creșterea activității orientate spre un scop implică adesea o planificare excesivă, o participare excesivă la multiple activități (de ex., sexuală, profesională, politică, religioasă) (criteriul B6). Impulsiunile, fanteziile și comportamentul sexual crescut sunt adesea prezente. Persoana se poate angaja concomitent în numeroase speculații noi în afaceri fără a lua în considerație riscurile sau necesitatea de a finaliza în mod satisfăcător fiecare speculație. Aproape constant, există o sociabilitate crescută (de ex., reînoirea unor vechi cunoștințe sau chemarea la telefon a amicilor sau chiar a străinilor la orice oră din zi și din noapte), fără a lua în considerație natura intrusivă, dominatoare și revendicativă a acestor interacțiuni. Indivizii prezintă adesea agitație sau neliniște psihomotorie prin mersul de colo până colo ori prin ținerea simultană a numeroase conversații (de ex., la telefon, și cu altă persoană în același timp). Unii indivizi scriu un torent de scrisori despre cele mai diferite subiecte amicilor, personalităților publice sau mass media.

Expansivitatea, optimismul nejustificat, grandoarea și judecata redusă duc adesea la o implicare imprudentă în activități plăcute, cum ar fi cumpărături excesive, condusul temerar, investiții în afaceri nesăbuite și comportament sexual insolit pentru persoana respectivă, chiar dacă aceste activități este posibil să aibă consecințe indezirabile (criteriul B7). Individul poate cumpăra multe lucruri care nu-i sunt necesare (de ex., 20 de perechi de pantofi, antichități scumpe), fără să aibă bani pentru a le achita. Comportamentul sexual insolit include infidelitatea sau relațiile sexuale indiscriminative cu persoane străine.

Deteriorarea rezultând din perturbare trebuie să fie suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționare sau pentru a necesita spitalizarea spre a proteja individul de consecințele negative ale acțiunilor care rezultă din judecata redusă (de ex., pierderi financiare, activități ilegale, pierderea serviciului, comportament agresiv). Prin definiție, prezența de elemente psihotice în cursul episodului maniacal constituie o deteriorare semnificativă a funcționării (criteriul D).

Simptome asemănătoare celor întâlnite în episodul maniacal se pot datora efectelor directe ale medicației antidepresive, terapiei electroconvulsivante, fototerapiei ori unui medicament prescris pentru alte condiții medicale generale (de ex., corticosteroizii). Astfel de tablouri clinice nu sunt considerate episoade maniacale și nu contează pentru diagnosticul de tulburare bipolară I. De exemplu, dacă o persoană cu tulburare depresivă majoră recurentă dezvoltă simptome maniacale, urmând administrării unei medicații antidepresive, episodul este diagnosticat ca tulburare afectivă indusă de o substanță, cu elemente maniacale, și nu este considerat o comutare de la diagnosticul de tulburare depresivă majoră la cel de tulburare bipolară I. Unele date sugerează că poate exista o „diateză" bipolară la indivizii care prezintă episoade similare celor maniacale, după un tratament somatic pentru depresie. Astfel de indivizi pot avea o probabilitate crescută de episoade maniacale, mixte sau hipomaniacale viitoare, care nu sunt în legătură cu substanțele sau cu tratamentele somatice pentru depresie. Aceasta poate fi un aspect extrem de important la copii și la adolescenți.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu episod maniacal nu recunosc de regulă că ei sunt suferinzi și se opun eforturilor de a-i trata. Ei pot călători impulsiv în alte orașe, pot pierde contactul cu rudele și curatorii. Își pot schimba vestimentația, machiajul, înfățișarea pentru un stil mai provocator sexual ori ornat teatral, care este în afara modului lor de a fi. Se pot angaja în activități cu caracter dezorganizat sau bizar (de ex., distribuirea de bomboane, de bani sau de consilii trecătorilor străini). Jocul de șansă și comportamentele antisociale pot acompania episodul maniacal. Preocupările etice pot fi desconsiderate chiar de către cei care de regulă sunt foarte onești (de ex., un agent de bursă cumpără și vinde în mod necorespunzător stocuri, fără cunoștința sau permisiunea clienților; un savant își însușește descoperiri ale altora). Persoana poate fi ostilă și amenințătoare fizic față de alții. Unii indivizi, în special cei cu elemente psihotice, pot deveni agresivi fizic sau se sinucid. Consecințele adverse ale unui episod maniacal (de ex., spitalizare nevoluntară, dificultăți cu legea sau dificultăți financiare serioase) rezultă adesea din judecata redusă și din hiperactivitate. Când nu mai sunt în episod maniacal, cei mai mulți indivizi regretă comportamentele în care s-au angajat în timpul episodului maniacal. Unii indivizi afirmă că au un simț olfactiv, auditiv sau vizual mult mai ascuțit (de ex., culorile par a fi extrem de strălucitoare). Când sunt prezente simptome catatonice (de ex., stupoare, mutism, negativism și atitudini), poate fi indicat specificantul „cu elemente catatonice" (vezi pag. 418).

Dispoziția poate trece rapid în stare coleroasă sau depresie. Simptomele depresive pot dura câteva momente, ore, sau, mai rar, zile. Nu rar, simptomele depresive și simptomele maniacale survin concomitent. Dacă, atât criteriile pentru episodul depresiv major, cât și criteriile pentru episodul maniacal sunt proeminente în fiecare zi, timp de cel puțin o săptămână, episodul este considerat ca fiind un episod mixt (vezi pag. 362). Pe măsură ce episodul maniacal se desfășoară, există adesea o substanțială creștere a uzului de alcool sau de stimulante, care poate exacerba sau prelungi episodul.

**Date de laborator asociate.** Nu au fost identificate nici un fel de date de laborator cu valoare diagnostică pentru episodul maniacal. S-a constatat însă, că o

diversitate de date de laborator sunt anormale la indivizii cu episod maniacal, în comparație cu subiecții de control. Datele de laborator din episodul maniacal includ anomalii polisomnografice, creșterea secreției de cortizol și absența nonsupresiunii la dexametazonă. Mai pot exista anomalii implicând norepinefrina, serotonina, acetilcolina, dopamina sau sistemele de neurotransmițători ale acidului gamma-aminobutiric, după cum demonstrează studiile metaboliților neurotransmițătorilor, funcționării receptorilor, provocării farmacologice și funcției neuroendocrine.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Considerațiunile referitoare la cultură care au fost sugerate pentru episoadele depresive majore sunt, de asemenea, relevante și pentru episoadele maniacale (vezi pag. 353). Este foarte posibil ca episoadele maniacale la adolescenți să includă elemente psihotice și să fie asociate cu chiul de la școală, comportament antisocial, eșec școlar sau uz de o substanță. Un număr semnificativ de adolescenți au, după cât se pare, un istoric de probleme de comportament durând de mult timp și care preced debutul unui episod maniacal franc. Este neclar dacă aceste probleme reprezintă un prodrom prelungit al tulburării bipolare sau o tulburare independentă. Vezi secțiunile corespunzătoare ale textelor pentru tulburarea bipolară I (pag. 385) și tulburarea bipolară II (pag. 394) pentru informațiile specifice referitoare la sex.

## Evoluție

Etatea medie la debut pentru primul episod maniacal se situează la începutul anilor 20, dar în unele cazuri debutul are loc în adolescență, iar în altele după etatea de 50 de ani. Episoadele maniacale încep de regulă brusc, cu o escaladare rapidă a simptomelor în decurs de câteva zile. Frecvent, episoadele maniacale survin după stresori psihosociali. Episoadele durează de regulă de la câteva săptămâni la câteva luni, sunt mai scurte și se termină mai brusc decât episoadele depresive majore. În multe cazuri (50%–60%), un episod depresiv major precede sau urmează imediat unui episod maniacal, fără existența vreunei perioade de eutimie. Dacă episodul maniacal survine în perioada de postpartum, poate exista un risc crescut de recurență în următoarele perioade de postpartum, iar specificantul „cu debut postpartum" este aplicabil (vezi pag. 422).

## Diagnostic diferențial

Un episod maniacal trebuie să fie distins de o **tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul adecvat ar putea fi cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, dacă perturbarea de dispoziție este considerată ca fiind consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale (de ex., scleroză multiplă, tumoră cerebrală, sindrom Cushing) (vezi pag. 401). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă se consideră că simptomele maniacale nu sunt consecința fiziologică directă a condiției medicale generale, atunci tulburarea afectivă primară este înregistrată pe axa I (de ex., tulburare bipolară I), iar condiția medicală generală este înregistrată pe axa III (de ex., infarct miocardic). Un debut tardiv al primului episod maniacal (de ex., după etatea de 50 de ani) trebuie să alerteze clinicianul asupra posibilității etiologice a unei condiții medicale generale ori a unei substanțe.

**O tulburare afectivă indusă de o substanță** se distinge de un episod maniacal prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă (vezi pag. 405). Simptome asemănătoare celor întâlnite în episodul maniacal pot fi precipitate de un drog de abuz (de ex., simptomele maniacale care survin numai în contextul intoxicației cu cocaină, vor fi diagnosticate ca tulburare afectivă indusă de cocaină cu elemente maniacale, cu debut în cursul intoxicației). Simptome asemănătoare cu cele întâlnite în episodul maniacal pot fi, de asemenea, precipitate de un tratament antidepresiv, cum ar fi un medicament, terapia electroconvulsivantă sau fototerapia. Astfel de episoade sunt, de asemenea, diagnosticate ca tulburări afective induse de o substanță (de ex., tulburare afectivă indusă de amitriptilină, cu elemente maniacale; tulburare afectivă indusă de terapia electroconvulsivantă, cu elemente maniacale). Judecata clinică este însă esențială în a stabili dacă tratamentul este veramente cauzal sau dacă un episod maniacal primar își are debutul în timp ce persoana a primit tratamentul.

Episoadele maniacale trebuie să fie distinse de **episoadele hipomaniacale**. Cu toate că episoadele maniacale și cele hipomaniacale au o listă identică de simptome caracteristice, perturbarea în episoadele hipomaniacale nu este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în domeniul social sau profesional ori pentru a necesita spitalizare. Unele episoade hipomaniacale pot evolua în episoade maniacale complete.

**Episoadele depresive majore cu dispoziție iritabilă proeminentă** pot fi dificil de distins de episoadele maniacale cu dispoziție iritabilă ori de **episoadele mixte**. Această precizare necesită o evaluare atentă a prezenței simptomelor maniacale. Dacă sunt satisfăcute criteriile, atât pentru un episod maniacal, cât și pentru un episod depresiv major aproape în fiecare zi, pentru o perioadă de cel puțin 1 săptămână, aceasta va constitui un episod mixt.

**Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție** și episodul maniacal sunt caracterizate ambele prin activitate excesivă, comportament impulsiv, judecată redusă și negarea problemelor. Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție se distinge de episodul maniacal prin debutul său precoce caracteristic (adică, înainte de etatea de 7 ani), evoluția mai curând cronică decât episodică, lipsa de debuturi și terminări relativ clare și absența unei dispoziții expansive sau crescute, ori a elementelor psihotice.

### Criteriile de diagnostic pentru Episodul Maniacal

A. O perioadă distinctă de dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă anormală și persistentă, durând cel puțin o săptămână (sau orice durată, dacă este necesară spitalizarea)

B. În timpul perioadei de perturbare a dispoziției, trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome au persistat (patru, dacă dispoziția este numai iritabilă) și au fost prezente într-un grad semnificativ:

(1) stimă de sine exagerată sau grandoare;
(2) scăderea necesității de somn (de ex., se simte refăcut după numai trei ore de somn);
(3) mai locvace decât în mod uzual sau se simte presat să vorbească continuu;
(4) fugă de idei sau experiența subiectivă că gândurile sunt accelerate;
(5) distractibilitate (adică, atenția este atrasă prea ușor de stimuli externi fără importanță sau irelevanți);
(6) creșterea activității orientate spre un scop (fie în societate, la serviciu sau la școală, ori din punct de vedere sexual) sau agitație psihomotorie;
(7) implicare excesivă în activități plăcute care au un înalt potențial de consecințe nedorite (de ex., angajarea în cumpărături excesive, indiscreții sexuale ori investiții în afaceri nesăbuite).

C. Simptomele nu satisfac criteriile pentru un episod mixt (vezi pag. 365).

D. Perturbarea de dispoziție este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții, ori să necesite spitalizare pentru a preveni vătămarea sa sau a altora, ori există elemente psihotice.

E. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament sau un alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

**Notă:** Episoadele asemănătoare celor maniacale și care sunt clar cauzate de tratamentul antidepresiv somatic (de ex., medicamente, terapie electroconvulsivantă, fototerapie) nu trebuie să conteze pentru un diagnostic de tulburare bipolară I).

## Episodul Mixt

### Elementele episodului

Un episod mixt se caracterizează printr-o perioadă de timp (durând cel puțin o săptămână) în care sunt satisfăcute criteriile, atât pentru episodul maniacal, cât și pentru episodul depresiv major, aproape în fiecare zi (criteriul A). Individul experientează rapid dispoziții alternante (tristețe, euforie, iritabilitate) acompaniate de simptome ale episodului maniacal (vezi pag. 357) și episodului depresiv major (vezi pag. 349). Prezentarea simptomelor include frecvent agitație, insomnie,

dereglarea apetitului, elemente psihotice și idei de suicid. Perturbarea trebuie să fie suficient de severă pentru a cauza o deteriorare marcată în activitatea socială sau profesională, ori pentru a necesita spitalizare, sau este caracterizată prin prezența de elemente psihotice (criteriul B). Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament sau alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidism) (criteriul C). Simptome similare celor întâlnite în episodul mixt pot fi datorate efectelor directe ale unui medicament antidepresiv, terapiei electroconvulsivante, fototerapiei, ori medicației prescrise pentru pentru alte condiții medicale generale (de ex., corticoizilor). Astfel de tablouri clinice nu sunt considerate episoade mixte și nu sunt luate în considerație pentru diagnosticul de tulburare bipolară I. De exemplu, dacă o persoană cu tulburare depresivă majoră recurentă dezvoltă un tablou clinic constând din simptome mixte în cursul administrării unui medicament antidepresiv, diagnosticul episodului este cel de tulburare afectivă indusă de o substanță, cu elemente mixte, și nu există nici o comutare de la diagnosticul de tulburare depresivă majoră la cel de tulburare bipolară I. Unele date sugerează că poate exista o „diateză" bipolară la indivizii care dezvoltă episoade asemănătoare celor mixte, urmând tratamentului somatic pentru depresie. Astfel de indivizi pot avea o probabilitate crescută de episoade maniacale, mixte sau hipomaniacale viitoare care nu sunt în legătură cu o substanță sau cu tratamentele somatice pentru depresie. Aceasta poate fi un aspect extrem de important de avut în vedere la copii și la adolescenți.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Elementele asociate ale episodului mixt sunt similare cu cele ale episoadelor maniacale și episoadelor depresive majore. Indivizii pot fi dezorganizați în gândirea sau comportamentul lor. Deoarece indivizii în episoadele mixte experientează mai multă disforie decât o fac cei în episod maniacal, este foarte probabil ca ei să solicite ajutor.

**Date de laborator asociate.** Datele de laborator pentru episodul mixt nu sunt bine studiate, deși observațiile de până acum indică date fiziologice și endocrine similare cu cele constatate în episoadele depresive majore.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Considerațiunile referitoare la cultură care au fost sugerate la episoadele depresive majore sunt relevante, de asemenea, și pentru episoadele mixte (vezi pag. 353). Episoadele mixte par a fi mai frecvente la indivizii mai tineri, precum și la indivizii în etate de peste 60 de ani cu tulburare bipolară, și pot fi mai frecvente la bărbați decât la femei.

## Evoluție

Episoadele mixte pot proveni dintr-un episod maniacal ori dintr-un episod depresiv major sau pot apare de novo. De exemplu, diagnosticul de tulburare bipolară I, cel mai recent episod maniacal, trebuie schimbat în cel de tulburare bipolară I, cel mai recent episod mixt, la un individ cu 3 săptămâni de simptome maniacale urmate de o săptămână, atât de simptome maniacale, cât și de simptome

depresive. Episoadele mixte pot dura de la câteva săptămâni la câteva luni și se pot reduce la o perioadă cu puține simptome sau cu nici un simptom, ori evoluează într-un episod depresiv major. Este extrem de rar cazul ca un episod mixt să evolueze într-un episod maniacal.

## Diagnostic diferențial

Un episod mixt trebuie să fie distins de o **tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul este cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, dacă perturbarea de dispoziție este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale (de ex., scleroză multiplă, tumoră cerebrală, sindrom Cushing) (vezi pag. 401). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă se consideră că simptomele mixte, maniacale și depresive, nu sunt consecința fiziologică directă a condiției medicale generale, atunci tulburarea afectivă primară este înregistrată pe axa I (de ex., tulburare bipolară I), iar condiția medicală generală este înregistrată pe axa III (de ex., infarct miocardic).

O **tulburare afectivă indusă de o substanță** se distinge de un episod mixt prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea de dispoziție (vezi pag. 405). Simptome similare celor observate într-un episod mixt pot fi precipitate de uzul unui drog de abuz (de ex., simptomele maniacale și depresive care apar numai în contextul intoxicației cu cocaină vor fi diagnosticate ca tulburare afectivă indusă de cocaină, cu elemente mixte, cu debut în cursul intoxicației). Simptome similare celor observate într-un episod mixt pot fi, de asemenea, precipitate de tratamentul antidepresiv, cum ar fi un medicament, terapia electroconvulsivantă ori fototerapia. Astfel de episoade sunt diagnosticate, de asemenea, ca tulburări afective induse de o substanță (de ex., tulburare afectivă indusă de amitriptilină, cu elemente mixte; tulburare afectivă indusă de terapia electroconvulsivantă, cu elemente mixte).

**Episoadele depresive majore cu dispoziție iritabilă notabilă** și **episoadele maniacale cu dispoziție iritabilă proeminentă** pot fi dificil de distins de episoadele mixte. Această precizare necesită o evaluare clinică atentă a prezenței simptomelor care sunt caracteristice, atât unui episod maniacal complet, cât și unui episod depresiv major complet (exceptând durata).

**Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție** și episodul mixt sunt ambele caracterizate printr-o activitate excesivă, comportament impulsiv, judecată redusă și negarea problemelor. Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție se distinge de un episod mixt prin debutul său caracteristic precoce (adică, înainte de etatea de 7 ani), evoluție mai curând cronică decât episodică, lipsa de început și terminare relativ clară, absența dispoziției expansive sau crescute anormale ori a elementelor psihotice. Copii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție prezintă, de asemenea, uneori simptome depresive, cum ar fi stima de sine și toleranța la frustrare scăzute. Dacă sunt satisfăcute criteriile pentru ambele, pe lângă tulburarea afectivă poate fi diagnosticată și tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție.

### Criteriile de diagnostic pentru Episodul Mixt

A. Sunt satisfăcute criteriile, atât pentru episodul maniacal (vezi pag. 362), cât și pentru episodul depresiv major (vezi pag. 356) (cu excepția duratei) aproape în fiecare zi, în cursul unei perioade de cel puțin o săptămână.

B. Perturbarea afectivă este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții, sau pentru a necesita spitalizare spre a preveni vătămarea sa sau a altora, ori există elemente psihotice.

C. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament sau alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

**Notă:** Episoadele similare celor mixte și care sunt evident cauzate de tratamentul antidepresiv somatic (de ex., un medicament, terapie electroconvulsivantă, fototerapie) nu trebuie să conteze pentru diagnosticul de tulburare bipolară I.

## Episodul Hipomaniacal

### Elementele episodului

Un episod hipomaniacal este definit ca o perioadă distinctă în cursul căreia există o dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă anormală și persistentă care durează cel puțin patru zile (criteriul A). Această perioadă de dispoziție anormală trebuie să fie acompaniată de cel puțin trei simptome adiționale dintr-o listă care include stima de sine exagerată sau grandoarea (nondelirantă), scăderea necesității de somn, presiunea de a vorbi, fuga de idei, distractibilitatea, implicarea crescută în activități orientate spre un scop sau agitația psihomotorie și implicarea excesivă în activități plăcute care au un înalt potențial de consecințe indezirabile (criteriul B). Dacă dispoziția este mai curând iritabilă decât crescută sau expansivă, cel puțin patru dintre simptomele de mai sus trebuie să fie prezente. Această listă de simptome adiționale este identică cu cea care definește episodul maniacal (vezi pag. 357), exceptând faptul că ideile delirante sau halucinațiile nu pot fi prezente. Dispoziția în cursul episodului hipomaniacal trebuie să fie net distinctă de dispoziția nondepresivă uzuală a individului și trebuie să existe o schimbare netă în funcționare, care nu este caracteristică funcționării uzuale a individului (criteriul C). Deoarece modificarea dispoziției și funcționării trebuie să fie observabile de către alții (criteriul D), evaluarea acestui criteriu necesită adesea intervievarea altor informatori (de ex., a membrilor familiei). Istoricul obținut de la alți informatori este extrem de important în evaluarea adolescenților. Contrar episodului maniacal, episodul hipomaniacal nu este suficient de sever pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională ori pentru a necesita spitalizarea, și nu există elemente psihotice (criteriul E). Modificarea în activitate la unii indivizi poate lua forma unei creșteri considerabile în eficiență, randament sau creativitate. Însă, la alții, hipomania poate cauza o oarecare deteriorare socială sau profesională.

Perturbarea de dispoziție și alte simptome nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unui drog de abuz, ale unui medicament sau altui tratament pentru depresie (terapie electroconvulsivantă, fototerapie ori expunere la un toxic). Episodul trebuie, de asemenea, să nu fie datorat efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., scleroză multiplă, tumoră cerebrală) (criteriul F). Simptome similare celor observate într-un episod hipomaniacal pot fi datorate efectelor directe ale unui medicament antidepresiv, terapiei electroconvulsivante, fototerapiei ori unui medicament prescris pentru alte condiții medicale generale (de ex., corticosteroizii). Astfel de tablouri clinice nu sunt considerate episoade hipomaniacale și nu contează pentru diagnosticul de tulburare bipolară II). De exemplu, dacă o persoană cu tulburare depresivă majoră recurentă prezintă simptome similare cu cele ale episodului hipomaniacal în cursul administrării unui medicament antidepresiv, episodul este diagnosticat drept tulburare afectivă indusă de o substanță, cu elemente maniacale, și nu există nici o comutare de la diagnosticul de tulburare depresivă majoră la cel de tulburare bipolară II. Unele date sugerează că poate exista o „diateză" bipolară la indivizii care dezvoltă episoade similare episoadelor maniacale și hipomaniacale după un tratament somatic pentru depresie. Astfel de indivizi pot avea o probabilitate crescută de episoade maniacale și hipomaniacale care nu sunt în legătură cu substanțele sau cu tratamentele somatice pentru depresie.

Dispoziția crescută a unui episod hipomaniacal este descrisă ca euforică, extrem de bună, jovială sau exaltată. Deși dispoziția persoanei poate avea un caracter contagios pentru un observator neimplicat, ea este recunoscută ca o schimbare netă de la modul uzual de a fi de către cei care cunosc bine persoana respectivă. Calitatea expansivă a perturbării de dispoziție este caracterizată prin entuziasm pentru interacțiunile sociale, interpersonale sau profesionale. Deși dispoziția crescută este considerată tipică, dispoziția perturbată poate fi iritabilă sau poate alterna între euforie și iritabilitate. În mod caracteristic, este prezentă mai curând stima de sine exagerată, de regulă la nivelul unei încrederi necritice în sine, decât grandoarea marcată (criteriul B1). Foarte frecvent există o necesitate scăzută de somn (criteriul B2); persoana se deșteaptă din somn înaintea orei uzuale, plină de energie. Persoana cu episod hipomaniacal vorbește tare și mai repede decât în mod uzual, dar de regulă nu este dificil de întrerupt. Limbajul poate fi plin de spirite, calambururi, jocuri de cuvinte și impertinențe (criteriul B3). Fuga de idei nu este rară și, dacă este prezentă, durează perioade foarte scurte de timp (criteriul B4).

Distractibilitatea este adesea prezentă, după cum o demonstrează modificările rapide de vorbire sau activitate ca rezultat al reactivității la diverși stimuli externi irelevanți (criteriul B5). Creșterea activității îndreptate spre un scop poate implica planificarea și participarea la activități multiple (criteriul B6). Aceste activități sunt adesea creatoare și productive (de ex., scrierea unei scrisori editorului, terminarea unei lucrări). Sociabilitatea este de regulă crescută, și poate exista și o creștere a activității sexuale. Poate exista o activitate impulsivă, cum ar fi efectuarea excesivă de cumpărături, condusul imprudent sau investiții în afaceri nesăbuite (criteriul B7). Astfel de activități sunt însă de regulă organizate, nu sunt bizare și nu ating nivelul de deteriorare caracteristic episodului maniacal.

## Elemente și tulburări asociate

Elementele asociate ale episodului hipomaniacal sunt similare cu cele ale episodului maniacal. Dispoziția poate fi caracterizată ca disforică dacă simptome iritabile sau depresive sunt mai proeminente decât euforia în tabloul clinic.

## Elemente specifice culturii și etății

Considerațiunile referitoare la cultură care au fost sugerate pentru episoadele depresive majore sunt, de asemenea, relevante și pentru episoadele hipomaniacale (vezi pag. 353). La persoanele mai tinere (de ex., la adolescenți), episoadele hipomaniacale pot fi asociate cu chiul de la școală, comportament antisocial, eșec școlar sau uz de o substanță.

## Evoluție

Un episod hipomaniacal începe de regulă brusc, cu o escaladare rapidă a simptomelor în decurs de o zi sau două. Episoadele pot dura de la câteva săptămâni la câteva luni și de regulă sunt mai bruște ca debut și mai scurte ca durată decât episoadele depresive majore. În multe cazuri, episodul hipomaniacal poate fi precedat sau urmat de un episod depresiv major. Studiile sugerează că 5%–15% dintre indivizii cu hipomanie vor dezvolta în cele din urmă un episod maniacal.

## Diagnostic diferențial

Episodul hipomaniacal trebuie să fie distins de o **tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul este cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, dacă perturbarea afectivă este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale (de ex., scleroză multiplă, tumoră cerebrală, sindrom Cushing) (vezi pag. 401). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă se consideră că simptomele hipomaniacale nu sunt consecința fiziologică directă a condiției medicale generale, atunci tulburarea afectivă primară este înregistrată pe axa I (de ex., tulburare bipolară II), iar condiția medicală generală este înregistrată pe axa III (de ex., infarct miocardic).

**O tulburare afectivă indusă de o substanță** se distinge de un episod hipomaniacal prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă (vezi pag. 405). Simptome similare celor observate în episodul hipomaniacal pot fi precipitate de un drog de abuz (de ex., simptomele hipomaniacale care apar numai în contextul intoxicației cu cocaină vor fi diagnosticate ca tulburare afectivă indusă de cocaină, cu elemente maniacale, cu debut în cursul intoxicației). Simptome similare celor observate în episodul hipomaniacal pot fi, de asemenea, precipitate de tratamentul antidepresiv, cum ar fi un medicament, terapia electroconvulsivantă ori fototerapia. Astfel de episoade sunt, de asemenea, diagnosticate ca tulburări afective induse de o substanță (de ex., tulburare afectivă indusă de amitriptilină, cu elemente maniacale; tulburare afectivă indusă de terapia electroconvulsivantă, cu elemente maniacale). Judecata clinică este însă esențială în a stabili dacă tratamentul este realmente cauzal sau dacă s-a întâmplat ca un episod hipomaniacal primar să debuteze în timp ce persoana primea tratamentul (vezi pag. 406).

**Episoadele maniacale** trebuie să fie distinse de episoadele hipomaniacale. Deși episoadele maniacale și episoadele hipomaniacale au liste identice de simptome caracteristice, perturbarea afectivă din episoadele hipomaniacale nu este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională ori pentru a necesita spitalizarea. Unele episoade hipomaniacale pot evolua în episoade maniacale complete.

**Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție** și episodul hipomaniacal sunt caracterizate ambele prin activitate excesivă, comportament impulsiv, judecată redusă și negarea problemelor. Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție se distinge de episodul hipomaniacal prin debutul său precoce caracteristic (adică, înainte de etatea de 7 ani), evoluție mai curând cronică decât episodică, lipsa de început și terminare relativ clară, și absența unei dispoziții expansive sau crescute anormale.

Un episod hipomaniacal trebuie să fie distins de **eutimie**, în special la indivizii care au fost depresivi în mod cronic și nu sunt deprinși să experienteze o stare de dispoziție nondepresivă.

## Criteriile de diagnostic pentru Episodul Hipomaniacal

A. O perioadă distinctă de dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă persistentă, durând cel puțin 4 zile, și care este net diferită de dispoziția nondepresivă uzuală.

B. În cursul perioadei de perturbare afectivă, au persistat trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome (patru, dacă dispoziția este numai iritabilă) și au fost prezente într-un grad semnificativ:

(1) stimă de sine exagerată sau grandoare;
(2) scăderea necesității de somn (de ex., se simte reconfortat după numai 3 ore de somn);
(3) mai locvace decât în mod uzual sau presiunea de a vorbi continuu;
(4) fuga de idei sau experiența subiectivă că gândurile sunt accelerate;
(5) distractibilitate (adică, atenție prea ușor de atras de stimuli externi neimportanți sau irelevanți);
(6) creșterea activității orientate spre un scop (fie în societate, la serviciu sau la școală ori din punct de vedere sexual) sau agitație psihomotorie;
(7) implicare excesivă în activități plăcute care au un înalt potențial de consecințe indezirabile (de ex., persoana se angajează în efectuarea de cumpărături excesive, în indiscreții sexuale, în investiții în afaceri nesăbuite).

C. Episodul este asociat cu o modificare fără echivoc în activitate care nu este caracteristică persoanei atunci când nu prezintă simptome.

D. Perturbarea dispoziției și modificarea în funcționare sunt observabile de către alții.

E. Episodul nu este suficient de sever pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională, ori pentru a necesita spitalizare, și nu există elemente psihotice.

F. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament, sau alt tratament) ori unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

**Notă:** Episoadele similare celor hipomaniacale și care sunt cauzate în mod clar de tratamentul antidepresiv somatic (de ex., un medicament, terapie electroconvulsivantă, fototerapie) nu trebuie să fie luate în considerație pentru un diagnostic de tulburare bipolară II.

# Tulburările Depresive

## Tulburarea Depresivă Majoră

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării depresive majore îl constituie o evoluție clinică caracterizată printr-unul sau mai multe episoade depresive majore (vezi pag. 349), fără un istoric de episoade maniacale, mixte sau hipomaniacale (criteriile A și C). Episoadele de tulburare afectivă indusă de o substanță (datorate efectelor fiziologice directe ale unui drog de abuz, medicament ori expuneri la un toxic) ori de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale nu contează pentru diagnosticul de tulburare depresivă majoră. În afară de aceasta, episoadele nu trebuie să fie explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și să nu fie suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație (criteriul B).

Cea de a patra cifră a codului diagnostic al tulburării depresive majore indică faptul dacă este vorba de un episod unic (se utilizează numai pentru primul dintre episoade) sau de un episod recurent. Uneori este dificil să se distingă între un singur episod cu simptome care se intensifică sau se amendează și două episoade separate. Pentru scopurile acestui manual, un episod este considerat a se fi terminat, atunci când criteriile complete pentru un episod depresiv major nu mai sunt satisfăcute de cel puțin 2 luni consecutive. În cursul acestei perioade de 2 luni este vorba, fie de o rezoluție completă a simptomelor, fie de prezența de simptome depresive care nu satisfac criteriile complete pentru un episod depresiv major (în remisiune parțială).

Cea de a cincea cifră a codului diagnostic pentru tulburarea depresivă majoră indică starea actuală a perturbării. Dacă sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major, severitatea episodului este notată ca ușoară, moderată, severă, fără elemente psihotice sau severă, cu elemente psihotice. Dacă criteriile pentru episodul depresiv major nu sunt satisfăcute actualmente, cea de a cincea cifră este utilizată pentru a indica faptul că tulburarea se află în remisiune parțială sau în remisiune completă (vezi pag. 412).

Dacă în cursul tulburării depresive majore apar episoade maniacale, mixte sau hipomaniacale, diagnosticul este schimbat în cel de tulburare bipolară. Dacă însă simptomele maniacale sau hipomaniacale survin ca un efect direct al tratamentului antidepresiv, al uzului de alte medicamente, al uzului de o substanță ori al expunerii la un toxic, diagnosticul de tulburare depresivă majoră rămâne cel adecvat și trebuie notat un diagnostic adițional de tulburare afectivă indusă de o substanță, cu elemente maniacale (ori cu elemente mixte). La fel, dacă simptomele maniacale sau hipomaniacale survin ca efect direct al unei condiții medicale generale, rămâne indicat diagnosticul de tulburare depresivă majoră și trebuie să fie notat un diagnostic adițional de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, cu elemente maniacale (sau cu elemente mixte).

## Specificanți

Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major, pot fi utilizați următorii specificanți pentru a descrie statusul clinic curent al episodului și elementele episodului curent:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice; Cronic** (vezi pag. 417).
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418).
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419).
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420).
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422).

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute complet criteriile pentru un episod depresiv major, pot fi utilizați următorii specificanți pentru a descrie statusul clinic curent al episodului depresiv major, precum și patternul celui mai recent episod:

**În remisiune parțială, în remisiune completă** (vezi pag. 411)
**Cronic** (vezi pag. 417)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418).
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419).
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420).
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422).

Următorii specificanți pot fi utilizați pentru a indica patternul episoadelor și prezența simptomelor interepisodice pentru tulburarea depresivă majoră recurentă:

**Specificanții evoluției longitudinale (Cu și Fără recuperare interepisodică completă)** (vezi pag. 424).
**Cu pattern sezonier** (vezi pag. 425).

## Procedee de înregistrare

Codurile diagnostice pentru tulburarea depresivă majoră sunt selectate după cum urmează:

1. Primele trei cifre sunt 296.
2. Cea de a patra cifră este, fie 2 (dacă există numai un singur episod depresiv major), fie 3 (dacă există episoade depresive majore recurente).
3. Dacă actualmente sunt satisfăcute complet criteriile pentru un episod depresiv major, cea de a cincea cifră indică severitatea curentă, după cum urmează: 1, severitate ușoară; 2, severitate moderată; 3, severă, fără elemente psihotice; 4, severă, cu elemente psihotice. Dacă actualmente nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod depresiv major, cea de a cincea cifră indică statusul clinic curent al episodului depresiv major, după cum urmează: 5, în remisiune parțială; 6, în remisiune completă. Dacă severitatea episodului curent sau starea de remisiune curentă a tulburării nu este specificată, atunci cea de a cincea cifră este 0. Nu pot fi codificați alți specificanți pentru tulburarea depresivă majoră.

La înregistrarea denumirii unui diagnostic, termenii trebuie să fie menționați în următoarea ordine: tulburare depresivă majoră, specificanții codificați cu cea de a

patra cifră (de ex., recurentă), specificanții codificați cu cea de a cincea cifră (de ex., ușoară; severă, cu elemente psihotice; în remisiune parțială), tot atâția specificanți (fără coduri) câți corespund celui mai recent episod (de ex., cu elemente melancolice, cu debut postpartum) și tot atâția specificanți (fără coduri) câți corespund evoluției episoadelor (de ex., cu recuperare interepisodică completă); de ex., 296.32 Tulburare depresivă majoră, recurentă, moderată, cu elemente atipice, cu pattern sezonier, cu recuperare interepisodică completă.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Tulburarea depresivă majoră este asociată cu o mortalitate ridicată. Până la 15% dintre indivizii cu tulburare depresivă majoră severă mor prin suicid. Date epidemiologice sugerează, de asemenea, că există o creștere de patru ori a ratei mortalității la indivizii cu tulburare depresivă majoră în etate de peste 55 de ani. Indivizii cu tulburare depresivă majoră admiși în cămine spital pot avea o probabilitate crescută considerabil de moarte în primul an. Printre indivizii din unitățile medicale generale, cei cu tulburare depresivă majoră au mai multă durere și maladii somatice și o funcționare fizică, socială și a rolului redusă.

Tulburarea depresivă majoră poate fi precedată de tulburarea distimică (10% în eșantioanele epidemiologice și 15%–25% în eșantioanele clinice). Se estimează, de asemenea, că în fiecare an aproximativ 10% dintre indivizii cu tulburare distimică doar vor ajunge să aibă un prim episod depresiv major. În mod frecvent, concomitent cu tulburarea depresivă majoră survin și alte tulburări mentale (de ex., tulburările în legătură cu o substanță, panica, tulburarea obsesivo-compulsivă, anorexia nervoasă, bulimia nervoasă, tulburarea de personalitate borderline).

**Date de laborator asociate.** Anomaliile de laborator care sunt asociate cu tulburarea depresivă majoră sunt cele asociate cu episodul depresiv major (vezi pag. 352). Nici una dintre acestea nu are valoare diagnostică pentru tulburarea depresivă majoră, dar s-a constatat că sunt prezente ca anormale în grupurile de indivizi cu tulburare depresivă majoră în comparație cu subiecții de control. Perturbările neurobiologice, cum ar fi concentrațiile crescute de glucocorticoid și anomaliile EEG ale somnului, prevalează la indivizii cu elemente psihotice și la cei cu episoade mai severe sau cu elemente melancolice. Cele mai multe anomalii de laborator sunt dependente de stare (adică, sunt prezente numai când și simptomele depresive sunt prezente). Datele sugerează însă că unele anomalii EEG de somn persistă în remisiunea clinică ori pot preceda debutul episodului depresiv major.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Indivizii cu condiții medicale generale severe sau cronice prezintă un risc crescut de a dezvolta o tulburare depresivă majoră. Până la 20%–25% dintre indivizii cu anumite condiții medicale generale (de ex., diabet, infarct de miocard, neoplasme, ictus) vor prezenta o tulburare depresivă majoră în cursul evoluției condiției lor medicale generale. Tratamentul condiției medicale generale este mai complex, iar prognosticul mai puțin favorabil, dacă este prezentă tulburarea depresivă majoră. În plus, prognosticul tulburării depresive majore este afectat în mod nefavorabil de condiții medicale generale cronice concomitente (de ex., episoadele sunt mai lungi, iar răspunsul la tratament mai rău).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Elementele specifice în legătură cu cultura sunt discutate în textul pentru episodul depresiv major (vezi pag. 353). Studiile epidemiologice sugerează efecte semnificative de cohortă în riscul pentru depresie. De exemplu, indivizii născuți între 1940 și 1950 par a avea o etate mai mică la debut și un risc pe viață pentru depresie mai mare decât cei născuți înainte de 1940. Există unele probe că elementele atipice sunt mai frecvente la indivizii mai tineri, pe când elementele melancolice sunt mai frecvente la indivizii depresivi mai în etate. La cei cu debutul depresiei mai tardiv în viață, există probe de hiperintensitate a substanței albe subcorticale asociate cu maladie cerebrovasculară. Aceste „depresii vasculare" sunt asociate cu deteriorări neuropsihologice mai mari și cu răspunsuri mai rele la terapiile standard. Tulburarea depresivă majoră (episod unic sau recurent) este de două ori mai frecventă la femeile adolescente și adulte decât la bărbații adolescenți și adulți. La copii prepubertari, băieții și fetele sunt afectați în egală măsură.

## Prevalență

Studiile referitoare la tulburarea depresivă majoră au raportat o gamă largă de valori pentru procentul de populație adultă cu această tulburare. Riscul pe viață pentru tulburarea depresivă majoră în eșantioanele comunitare variază între 10% și 25% pentru femei, și între 5% și 12% pentru bărbați. Prevalența punctuală a tulburării depresive majore la adulți, pe eșantioane comunitare variază între 5% și 9% pentru femei, și între 2% și 3% pentru bărbați. Ratele de prevalență pentru tulburarea depresivă majoră par a fi fără legătură cu etnia, educația, venitul sau statusul marital.

## Evoluție

Tulburarea depresivă majoră poate începe la orice etate, cu o etate medie la debut situată la jumătatea anilor 20. Datele epidemiologice sugerează că etatea la debut este în descreștere la cei născuți mai recent. Evoluția tulburării depresive majore recurente este variabilă. Unii indivizi au episoade izolate, separate prin mulți ani fără nici un fel de simptome depresive, în timp ce alții au racemi de episoade și, în fine, alții au episoade din ce în ce mai frecvente, pe măsură ce avansează în etate. Unele date sugerează că perioadele de remisiune durează, în general, mai mult la începutul evoluției tulburării. Numărul de episoade anterioare prezice probabilitatea apariției unui episod depresiv major ulterior. Cel puțin 60% dintre indivizii cu tulburare depresivă majoră, episod unic, se pot aștepta să aibă un al doilea episod. Indivizii care au avut două episoade au o șansă de 70% de a avea un al treilea episod, iar indivizii care au avut trei episoade au o șansă de 90% de a avea un al patrulea episod. Aproximativ 5%–10% dintre indivizii cu tulburare depresivă majoră, episod unic, prezintă ulterior un episod maniacal (adică, prezintă tulburare bipolară I).

Episoadele depresive majore se pot rezolva complet (în aproape două treimi din cazuri), ori numai parțial sau deloc (în aproximativ o treime din cazuri). Pentru indivizii care au numai o remisiune parțială, există o probabilitate mai mare de a dezvolta episoade adiționale și de a continua patternul de recuperare interepisodică parțială. Specificanții de evoluție longitudinală, cu recuperare interepisodică completă și fără recuperare interepisodică completă (vezi pag. 424)

pot avea, prin urmare, valoare prognostică. Un număr oarecare de indivizi au tulburare distimică preexistentă debutului tulburării depresive majore, episod unic. Unele date sugerează că acești indivizi vor avea foarte probabil episoade depresive majore adiționale, cu recuperare interepisodică mai redusă, necesitând tratament suplimentar fazei acute și o perioadă mai lungă de continuare a tratamentului pentru a atinge și menține o stare eutimică mai completă și de mai lungă durată.

Studii catamnestice empirice sugerează că la un an după diagnosticarea unui episod depresiv major, 40% dintre indivizi au încă simptome care sunt suficient de severe pentru a satisface criteriile pentru un episod depresiv major complet, aproximativ 20% continuă să aibă câteva simptome care nu mai satisfac complet criteriile pentru un episod depresiv major (adică, tulburare depresivă majoră, în remisiune parțială), iar 40% nu mai au nici o tulburare afectivă. Severitatea episodului depresiv major inițial pare a predicta persistența. Condițiile medicale generale cronice sunt, de asemenea, un factor de risc de episoade mai persistente.

Episoadele de tulburare depresivă majoră urmează adesea unui stresor psihosocial sever, cum ar fi moartea unei ființe iubite sau divorțul. Studiile sugerează că evenimentele psihosociale (stresorii) pot juca un rol mai important în precipitarea primului sau a celui de al doilea episod de tulburare depresivă majoră și un rol redus în apariția episoadelor următoare. Condițiile medicale generale cronice și dependența de o substanță (în special dependența de alcool sau de cocaină) pot contribui la debutul și exacerbarea tulburării depresive majore.

Este dificil de prezis dacă primul episod de tulburare depresivă majoră la o persoană tânără va evolua în final în tulburare bipolară. Unele date sugerează că debutul acut al depresiei severe, în special cu elemente psihotice și lentoare psihomotorie, la o persoană tânără fără psihopatologie prepubertară, este foarte posibil să indice o evoluție bipolară. Un istoric familial de tulburare bipolară poate fi, de asemenea, sugestiv de dezvoltare ulterioară a tulburării bipolare.

## Pattern familial

Tulburarea depresivă majoră este de 1,5–3 ori mai frecventă printre rudele biologice ale persoanelor cu această tulburare decât în populația generală. Există probe de risc crescut de dependență alcoolică la rudele biologice de gradul I adulte și poate exista o incidență crescută a tulburării hiperactivitate/deficit de atenție la copiii adulților cu această tulburare.

## Diagnostic diferențial

Vezi secțiunea „diagnostic diferențial" pentru episodul depresiv major (pag. 354). Un istoric de **episod maniacal, mixt sau hipomaniacal** exclude diagnosticul de tulburare depresivă majoră. Prezența de episoade hipomaniacale (fără nici un istoric de episoade maniacale) indică un diagnostic de tulburare bipolară II. Prezența de episoade maniacale sau de episoade mixte (cu sau fără episoade hipomaniacale) indică un diagnostic de tulburare bipolară I.

Episoadele depresive majore din tulburarea depresivă majoră trebuie să fie distinse de o **tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale.** Diagnosticul este cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, dacă perturbarea de dispoziție este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale (de ex., scleroză multiplă, ictus, hipotiroidism) (vezi pag. 401). Această precizare se bazează pe istoric, datele de

laborator sau examenul somatic. Dacă se consideră, însă, că simptomele depresive nu sunt consecința fiziologică directă a condiției medicale generale, atunci tulburarea afectivă primară este înregistrată pe axa I (de ex., tulburare depresivă majoră), iar condiția medicală generală este înregistrată pe axa III (de ex., infarct miocardic). Acesta ar fi cazul, de exemplu, dacă episodul depresiv major este considerat a fi consecința psihologică a faptului de a avea condiția medicală generală sau dacă nu există nici o relație etiologică între episodul depresiv major și condiția medicală generală.

O **tulburare afectivă indusă de o substanță** se distinge de episoadele depresive majore din tulburarea depresivă majoră prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă (vezi pag. 405). De exemplu, dispoziția depresivă care survine numai în contextul abstinenței de cocaină va fi diagnosticată ca tulburare afectivă indusă de cocaină, cu elemente depresive, cu debut în cursul abstinenței.

**Tulburarea distimică** și tulburarea depresivă majoră sunt diferențiate pe baza severității, cronicității și persistenței. În tulburarea depresivă majoră, dispoziția depresivă trebuie să fie prezentă cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, o perioadă de cel puțin 2 săptămâni, în timp ce în tulburarea distimică trebuie să fie prezentă mai multe zile da decât nu, în cursul unei perioade de cel puțin 2 ani. Diagnosticul diferențial dintre tulburarea distimică și tulburarea depresivă majoră este extrem de dificil din cauza faptului că cele două tulburări au simptome similare și că diferența dintre ele sub aspectul debutului, duratei, persistenței și severității nu este ușor de evaluat retrospectiv. De regulă, tulburarea depresivă majoră constă dintr-unul sau mai multe episoade depresive majore diferite care pot fi distinse de funcționarea uzuală a persoanei, în timp ce tulburarea distimică se caracterizează prin simptome depresive cronice mai puțin severe, care au fost prezente mulți ani. Dacă debutul inițial al simptomelor depresive cronice este de severitate și număr suficient pentru a satisface criteriile pentru un episod depresiv major, diagnosticul va fi cel de tulburare depresivă majoră, cronică (dacă criteriile mai sunt încă satisfăcute) ori de tulburare depresivă majoră, în remisiune parțială (dacă criteriile nu mai sunt satisfăcute). Diagnosticul de tulburare distimică este pus după cel de tulburare depresivă majoră, numai după ce s-a stabilit că tulburarea distimică este anterioară primului episod depresiv major (adică, nici un fel de episoade depresive majore în timpul primilor 2 ani de simptome distimice) ori dacă a existat o remisiune completă a episodului depresiv major (adică, durând cel puțin 2 luni) înaintea debutului tulburării distimice.

**Tulburarea schizoafectivă** diferă de tulburarea depresivă majoră cu elemente psihotice prin cererea ca în tulburarea schizoafectivă să existe cel puțin 2 săptămâni de idei delirante sau halucinații, survenind în absența unor simptome afective notabile. Simptomele depresive pot fi prezente în cursul **schizofreniei, tulburării delirante și tulburării psihotice fără altă specificație**. Cel mai frecvent, astfel de simptome depresive pot fi considerate elemente asociate ale acestor tulburări și nu merită a fi diagnosticate separat. Când însă, simptomele depresive satisfac complet criteriile pentru un episod depresiv major (sau sunt de o importanță clinică aparte), diagnosticul de tulburare depresivă fără altă specificație poate fi pus pe lângă diagnosticul de schizofrenie, tulburare delirantă sau de tulburare psihotică fără altă specificație. Schizofrenia de tip catatonic poate fi dificil de distins de tulburarea depresivă majoră cu elemente catatonice. Istoricul anterior sau istoricul familial poate fi utilizat pentru a face această distincție.

La indivizii în etate, adesea este dificil de stabilit dacă simptomele cognitive (de ex., dezorientarea, apatia, dificultatea în concentrare, pierderea memoriei) sunt explicate mai bine de o **demență** ori de un episod depresiv major din tulburarea depresivă majoră. Acest diagnostic diferențial poate fi precizat printr-o evaluare medicală generală detaliată și luarea în considerație a debutului perturbării, succesiunea temporală a simptomelor depresive și cognitive, evoluția maladiei și răspunsul la tratament. Starea premorbidă a individului poate ajuta la diferențierea unei tulburări depresive majore de demență. În demență, există de regulă un istoric premorbid de declin al funcției cognitive, în timp ce individul cu tulburare depresivă majoră este foarte posibil să aibă o stare premorbidă relativ normală și un declin cognitiv abrupt, asociat cu depresia.

## Criteriile de diagnostic pentru 296.2x Tulburarea Depresivă Majoră, Episod Unic

A. Prezența unui singur episod depresiv major (vezi pag. 356).

B. Episodul depresiv major nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu este suprapus peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă ori tulburarea psihotică fără altă specificație.

C. Nu a existat niciodată un episod maniacal (vezi pag. 362), un episod mixt (vezi pag. 365) ori un episod hipomaniacal (vezi pag. 368). **Notă:** Această excludere nu se aplică, dacă toate episoadele similare episoadelor maniacale, mixte sau hipomaniacale sunt induse de o substanță sau de un tratament ori sunt datorate efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

Dacă actualmente sunt satisfăcute complet criteriile pentru un episod depresiv major, *să se specifice* statusul clinic curent și/sau elementele sale:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice; Cronic** (vezi pag. 417).
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418).
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419).
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420).
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422).

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute complet criteriile pentru un episod depresiv major, *să se specifice* statusul clinic curent al tulburării depresive majore sau elementele celui mai recent episod:

**În remisiune parțială; În remisiune completă** (vezi pag. 411).
**Cronic** (vezi pag. 417).
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418).
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419).
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420).
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422).

## Criteriile de diagnostic pentru 296.3x Tulburarea Depresivă Majoră Recurentă:

A. Prezența a două sau a mai multe episoade depresive majore (vezi pag. 356).

**Notă:** Pentru a fi considerate episoade separate, trebuie să existe un interval de cel puțin 2 luni consecutive în care nu sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major.

B. Episoadele depresive majore nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

C. Nu a existat niciodată un episod maniacal (vezi pag. 362), un episod mixt (vezi pag. 365) ori un episod hipomaniacal (vezi pag. 368). **Notă:** Această excludere nu se aplică, dacă toate episoadele similare episoadelor maniacale, mixte sau hipomaniacale sunt induse de o substanță ori de un tratament sau sunt datorate efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

Dacă actualmente sunt satisfăcute complet criteriile pentru un episod depresiv major, *să se specifice* statusul clinic curent și/sau elementele sale:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice;** (vezi pag. 411).
**Cronic** (vezi pag. 417).
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 417).
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419).
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420).
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422).

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute complet criteriile pentru un episod depresiv major, *să se specifice* statusul clinic curent al tulburării depresive majore sau elementele celui mai recent episod:

**În remisiune parțială; În remisiune completă** (vezi pag. 411).
**Cronic** (vezi pag. 417).
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 417).
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419).
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420).
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422).

*De specificat:*

**Specificanții evoluției longitudinale (Cu și Fără recuperare interepisodică** (vezi pag. 424).
**Cu pattern sezonier** (vezi pag. 426)

# 300.4 Tulburarea Distimică

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării distimice îl constituie dispoziția depresivă cronică, survenind cea mai mare parte a zilei, mai multe zile da decât nu, timp de cel puțin 2 ani (criteriul A). Indivizii cu tulburare distimică își descriu dispoziția ca tristă ori „abătută". La copii, dispoziția poate fi mai curând iritabilă decât depresivă, iar durata minimă cerută este de numai 1 an. În cursul perioadelor de dispoziție depresivă, cel puțin două dintre următoarele simptome adiționale sunt prezente: apetit redus sau mâncat excesiv, insomnie sau hipersomnie, energie scăzută sau fatigabilitate, stimă de sine scăzută, concentrare redusă sau dificultate în a lua decizii și sentimentul de disperare (criteriul B). Indivizii pot remarca prezența notabilă a unui interes scăzut și a autocriticii, văzându-se adesea pe ei înșiși ca neinteresanți sau incapabili. Pentru că aceste simptome au devenit atât de mult o parte a experienței cotidiene a individului (de ex., „eu totdeauna am fost astfel", „adică, exact cum sunt"), ele nu sunt relatate adesea decât dacă este întrebat în mod direct despre ele de către examinator.

În cursul perioadei de 2 ani (1 an pentru copii și adolescenți) nici un fel de intervale fără simptome să nu dureze mai mult de 2 luni (criteriul C). Diagnosticul de tulburare distimică poate fi pus, numai dacă perioada inițială de 2 ani de simptome distimice este fără episoade depresive majore (criteriul D). Dacă simptomele depresive cronice includ un simptom depresiv major în cursul acestor primi 2 ani, atunci diagnosticul este cel de tulburare depresivă majoră cronică (dacă sunt satisfăcute integral criteriile pentru un episod depresiv major) ori de tulburare depresivă majoră, în remisiune parțială (dacă actualmente nu sunt satisfăcute integral criteriile pentru un episod depresiv major). După primii 2 ani de tulburare distimică, episoadele depresive majore pot fi suprapuse peste tulburarea distimică. În astfel de cazuri (de „dublă depresie"), se diagnostichează, atât tulburarea depresivă majoră, cât și tulburarea distimică. Îndată ce persoana revine la linia de bază distimică (adică, criteriile pentru episodul depresiv major nu mai sunt satisfăcute, dar simptomele distimice persistă), se diagnostichează numai tulburarea distimică.

Diagnosticul de tulburare distimică nu este pus dacă individul a avut cândva un episod maniacal (pag. 357), un episod mixt (pag. 362) ori un episod hipomaniacal (pag. 365), ori dacă au fost satisfăcute vreodată criteriile pentru tulburarea ciclotimică (criteriul E). Un diagnostic separat de tulburare distimică nu este pus dacă simptomele depresive survin exclusiv în cursul unei tulburări psihotice cronice, cum ar fi schizofrenia sau tulburarea delirantă (criteriul F), în care caz ele sunt considerate ca elemente asociate ale acestor tulburări. Tulburarea distimică nu este diagnosticată, de asemenea, dacă perturbarea este datorată efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., alcoolul, medicamentele antihipertensive) ori unei condiții medicale generale (de ex., hipotiroidismul, maladia Alzheimer) (criteriul G). Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional (sau școlar) ori în alte domenii importante de funcționare (criteriul H).

## Specificanți

Etatea la debut și patternul caracteristic de simptome din tulburarea distimică poate fi indicat prin utilizarea următorilor specificanți:

**Debut precoce**. Acest specificant trebuie să fie utilizat dacă debutul simptomelor distimice survine înainte de etatea de 21 de ani. Astfel de indivizi este foarte probabil că vor prezenta ulterior episoade depresive majore.
**Debut tardiv**. Acest specificant va fi utilizat dacă debutul simptomelor distimice survine la etatea de 21 de ani sau mai târziu.
**Cu elemente atipice**. Acest specificant trebuie să fie utilizat dacă patternul de simptome din cursul celor mai recenți 2 ani ai tulburării satisface criteriile pentru „cu elemente atipice" (vezi pag. 420).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Elementele asociate ale tulburării distimice sunt similare cu cele ale episodului depresiv major (pag.352). Multe studii sugerează că simptomele întâlnite cel mai frecvent în tulburarea distimică sunt sentimentele de insuficiență, pierderea generalizată a interesului sau plăcerii, retragerea socială, sentimentele de culpă ori ruminația referitoare la trecut, sentimentele subiective de iritabilitate sau de stare coleroasă excesivă și activitatea, eficacitatea sau productivitatea redusă. (Anexa B prevede o alternativă la criteriul B pentru uzul în studiile de cercetare care include acești itemi). La indivizii cu tulburare distimică, simptomele vegetative (de ex., modificarea somnului, apetitului, greutății și simptome psihomotorii) par a fi mai puțin frecvente decât la persoanele cu episod depresiv major. Când este prezentă tulburarea distimică fără tulburare depresivă majoră anterioară, acest fapt constituie un factor de risc pentru dezvoltarea tulburării depresive majore (în condiții clinice până la 75% dintre indivizii cu tulburare distimică vor prezenta tulburarea depresivă majoră în decurs de cinci ani). Tulburarea distimică poate fi asociată cu tulburările de personalitate borderline, histrionică, narcisistică, evitantă și dependentă. Însă, aprecierea elementelor unei tulburări de personalitate este dificil de făcut la astfel de indivizi, pentru că simptomele afective cronice pot contribui la problemele interpersonale sau pot fi asociate cu o percepere de sine distorsionată. Alte tulburări cronice de pe axa I (de ex., dependența de o substanță) sau stresorii psihosociali cronici pot fi asociați cu tulburarea distimică la adulți. La copii, tulburarea distimică poate fi asociată cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tulburarea de conduită, tulburările anxioase, tulburările de învățare și cu retardarea mentală.

**Date de laborator asociate.** Aproximativ 25%–50% dintre adulții cu tulburare distimică au unele dintre elementele polisomnografice constatate la indivizii cu tulburare depresivă majoră (de ex., reducerea latenței mișcărilor oculare rapide [REM], creșterea densității REM, reducerea somnului cu unde lente, deteriorarea continuității somnului). Indivizii cu anomalii polisomnografice au adesea un istoric familial pozitiv pentru tulburarea depresivă majoră) și pot răspunde mai bine la medicamentele antidepresive) decât cei fără astfel de date. Dacă anomaliile polisomnografice se întâlnesc și la cei cu tulburare distimică „pură" (adică, la cei fără istoric de episoade depresive majore anterior) nu este clar. Nonsupresiunea la dexametazonă nu este frecventă în tulburarea distimică, în afară de cazul când, de asemenea, sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major.

## Elemente specifice etății și sexului

La copii, tulburarea distimică pare a surveni în mod egal la ambele sexe și duce adesea la deteriorarea performanței școlare și interacțiunii sociale. Copiii și adolescenții cu tulburare distimică sunt de regulă iritabili și capricioși, precum și depresivi. Ei au o stimă de sine scăzută și aptitudini sociale reduse, și sunt pesimiști. În perioada adultă, este posibil ca tulburarea distimică să apară de două, trei ori mai frecvent la femei decât la bărbați.

## Prevalență

Prevalența pe viață a tulburării distimice (cu sau fără tulburare depresivă majoră suprapusă) este de aproximativ 6%. Prevalența punctuală a tulburării distimice este de aproximativ 3%.

## Evoluție

Tulburarea distimică are adesea un debut precoce și insidios (de ex., în copilărie, adolescență ori de timpuriu în viața adultă), precum și o evoluție cronică. În mediul clinic, indivizii cu tulburare distimică au de regulă suprapusă tulburarea depresivă majoră, care este adesea motivul pentru solicitarea tratamentului. Dacă tulburarea distimică precede debutul tulburării depresive majore, este foarte puțin probabil că va exista o recuperare completă spontană între episoadele de tulburare depresivă majoră și este foarte probabil ca subiectul să aibă episoade ulterioare mai frecvente.

## Pattern familial

Tulburarea distimică este mai frecventă printre rudele biologice de gradul I ale celor cu tulburare depresivă majoră decât în populația generală. În afară de aceasta, atât tulburarea distimică, cât și tulburarea depresivă majoră sunt mai frecvente la rudele de gradul I ale indivizilor cu tulburare distimică.

## Diagnostic diferențial

Vezi secțiunea „diagnostic diferențial" pentru tulburarea depresivă majoră (pag. 373). Diagnosticul diferențial între tulburarea distimică și **tulburarea depresivă majoră** este extrem de dificil din cauza faptului că cele două tulburări au simptome similare, iar diferențele dintre ele sub raportul debutului, duratei, persistenței și severității nu sunt ușor de evaluat retrospectiv. De regulă, tulburarea depresivă majoră constă dintr-unul sau mai multe episoade depresive majore separate care pot fi distinse de modul uzual de funcționare al persoanei, pe când tulburarea distimică este caracterizată prin simptome depresive mai puțin severe și cronice care sunt prezente de mulți ani. Când tulburarea distimică durează de mulți ani, perturbarea de dispoziție nu poate fi distinsă ușor de funcționarea „uzuală" a persoanei. Dacă debutul inițial al simptomelor depresive cronice este de suficientă severitate, iar acestea sunt suficiente ca număr pentru a satisface criteriile pentru un episod depresiv major, diagnosticul va fi cel de tulburare depresivă majoră, cronică (dacă criteriile sunt încă satisfăcute complet) ori cel de tulburare depresivă majoră, în remisiune parțială (dacă criteriile nu mai sunt complet satisfăcute). Diagnosticul de tulburare distimică poate fi pus după tulburarea depresivă majoră, numai dacă este stabilit că tulburarea distimică era prezentă înaintea primului episod depresiv

major (adică, nici un episod depresiv în cursul primilor 2 ani de simptome distimice) ori dacă a existat o remisiune completă a tulburării depresive majore (adică, durând cel puțin 2 luni) înaintea debutului tulburării distimice.

Simptomele depresive pot fi un asociat frecvent al **tulburărilor psihotice cronice** (de ex., al tulburării schizoafective, schizofreniei, tulburării delirante). Un diagnostic separat de tulburare distimică nu se pune dacă simptomele survin numai în cursul tulburării psihotice (inclusiv în fazele reziduale).

Tulburarea distimică trebuie să fie distinsă de o **tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale.** Diagnosticul este cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, cu elemente depresive, dacă perturbarea afectivă este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale, de regulă cronică (de ex., scleroza multiplă) (vezi pag. 401). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă se consideră însă, că simptomele depresive nu sunt consecința fiziologică directă a condiției medicale generale, atunci tulburarea afectivă primară este înregistrată pe axa I (de ex., tulburare distimică), iar condiția medicală generală este înregistrată pe axa III (de ex., diabet zaharat). Acesta ar putea fi cazul, de exemplu, dacă simptomele depresive sunt considerate a fi consecința fiziologică a faptului de a avea o condiție medicală generală cronică ori dacă nu există nici o relație etiologică între simptomele depresive și condiția medicală generală. O **tulburare afectivă indusă de o substanță** se distinge de tulburarea distimică prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă (vezi pag. 405).

Adesea există indicii ale unei **perturbări de personalitate coexistente.** Când tabloul clinic al unui individ satisface criteriile, atât pentru tulburarea distimică, cât și pentru o tulburare de personalitate, sunt puse ambele diagnostice.

## Criteriile de diagnostic pentru 300.4 Tulburarea Distimică

A. Dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, mai multe zile da decât nu, după cum este indicat, fie de relatarea subiectului, fie de observațiile făcute de alții, timp de cel puțin 2 ani. **Notă:** La copii și la adolescenți dispoziția poate fi iritabilă, iar durata trebuie să fie de cel puțin 1 an.

B. Prezența în timp ce este depresiv a două (sau a mai multe) dintre următoarele:

(1) apetit redus sau mâncat excesiv;
(2) insomnie sau hipersomnie;
(3) energie scăzută sau fatigabilitate;
(4) stimă de sine scăzută;
(5) capacitate de concentrare redusă sau dificultate în a lua decizii;
(6) sentimente de disperare.

C. În cursul perioadei de 2 ani (1 an pentru copii sau adolescenți) persoana nu a fost niciodată fără simptomele de la criteriile A și B timp de mai mult de 2 luni, odată.

D. Nici un episod depresiv major (vezi pag.356) nu a fost prezent în cursul primilor 2 ani ai perturbării (1 an pentru copii și adolescenți) adică, perturbarea nu este explicată mai bine de tulburarea depresivă majoră cronică sau de tulburarea depresivă majoră, în remisiune parțială.

**Notă:** Poate să fi existat un episod depresiv major anterior cu condiția ca să fi fost urmat de remisiune completă (nici un fel de semne sau simptome timp de 2 luni) înaintea apariției tulburării distimice. În afară de aceasta, după primii 2 ani (1 an la copii și adolescenți) de tulburare distimică, pot exista episoade suprapuse de tulburare depresivă majoră, în care caz vor fi puse ambele diagnostice când sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major.

E. Nu a existat niciodată un episod maniacal (vezi pag. 362), un episod mixt (vezi pag. 365) ori un episod hipomaniacal (vezi pag. 368) și nu au fost satisfăcute niciodată criteriile pentru tulburarea ciclotimică.

F. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unei tulburări psihotice cronice, cum ar fi schizofrenia ori tulburarea delirantă.

G. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipotiroidismul).

H. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorarea semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

*De specificat* dacă:
**Debut precoce**: dacă debutul survine înainte de etatea de 21 de ani.
**Debut tardiv**: dacă debutul are loc la etate de 21 de ani sau mai târziu.

*De specificat* (pentru cei mai recenți 2 ani ai tulburării distimice):
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420).

## 311 Tulburarea Depresivă Fără Altă Specificație

Categoria de tulburare depresivă fără altă specificație include tulburările cu elemente depresive care nu satisfac criteriile pentru tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică, tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă (vezi pag. 679) ori tulburarea de adaptare cu dispoziție mixtă, depresivă și anxioasă (vezi pag. 680). Uneori simptomele depresive se pot prezenta ca parte a unei tulburări anxioase fără altă specificație (vezi pag. 484). Exemplele de tulburare depresivă fără altă specificație includ:

1. Tulburarea disforică premenstruală: în cele mai multe cicluri menstruale din cursul ultimului an, simptome (de ex., dispoziție depresivă marcată, anxietate marcată, labilitate afectivă marcată, scăderea interesului pentru diverse activități) survenind de regulă în ultima săptămână a fazei luteale (și care se remit în decurs de câteva zile de la debutul menstruației). Aceste simptome trebuie să fie suficient de severe pentru a interfera în mod semnificativ cu serviciul, școala ori cu activitățile uzuale, și să fie complet absente timp de cel puțin o săptămână după menstruații (vezi pag. 771 pentru criteriile de cercetare sugerate).
2. Tulburarea depresivă minoră: episoade de simptome depresive cu o durată de cel puțin 2 săptămâni, dar cu mai puțin de cinci itemi ceruți pentru tulburarea depresivă majoră (vezi pag. 775 pentru criteriile de cercetare sugerate).

3. Tulburarea depresivă scurtă recurentă: episoade depresive durând de la 2 zile până la 2 săptămâni, survenind cel puțin odată pe lună, timp de 12 luni (neasociată cu ciclul menstrual) (vezi pag. 778 pentru criteriile de cercetare sugerate).
4. Tulburarea depresivă postpsihotică a schizofreniei: un episod depresiv major care survine în cursul fazei reziduale a schizofreniei (vezi pag. 767 pentru criteriile de cercetare sugerate).
5. Un episod depresiv major suprapus peste tulburarea delirantă, tulburarea psihotică fără altă specificație ori faza activă a schizofreniei.
6. Situațiile în care clinicianul a ajuns la concluzia că este prezentă o tulburare depresivă, dar este incapabil să precizeze dacă aceasta este primară, datorată unei condiții medicale generale ori indusă de o substanță.

## Tulburările Bipolare

Această secțiune include tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II, ciclotimia și tulburarea bipolară fără altă specificație. Există șase seturi de criterii separate pentru tulburarea bipolară I: episodul maniacal unic, cel mai recent episod hipomaniacal; cel mai recent episod maniacal; cel mai recent episod mixt; cel mai recent episod depresiv și cel mai recent episod nespecificat. Tulburarea bipolară I, episod maniacal unic, este utilizat pentru a descrie indivizii care au avut un prim episod de manie. Restul seturilor de criterii sunt utilizate pentru a specifica natura episodului curent (ori cel mai recent) la indivizii care au avut episoade afective recurente.

## Tulburarea Bipolară I

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării bipolare I îl constituie evoluția clinică, aceasta fiind caracterizată prin apariția unuia sau a mai multor episoade maniacale (vezi pag. 357) ori episoade mixte (vezi pag. 362). Adesea indivizii au avut, de asemenea, unul sau mai multe episoade depresive majore (vezi pag. 349). Episoadele de tulburare afectivă indusă de o substanță (datorate efectelor directe ale unui medicament, altor tratamente somatice pentru depresie, unui drog de abuz ori expunerii la un toxic) sau episoadele de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale nu trebuie să conteze pentru diagnosticul de tulburare bipolară I. În afară de aceasta, episoadele nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație. Tulburarea bipolară I este subclasificată la cea de a patra cifră a codului în raport cu faptul dacă individul se află la primul episod (de ex., episod maniacal unic) ori dacă tulburarea este recurentă. Recurența este indicată, fie printr-o schimbare în polaritatea episodului, ori printr-un interval între episoade cu o durată de cel puțin 2 luni fără simptome maniacale. O schimbare de polaritate este definită ca o evoluție clinică în care un episod depresiv major evoluează într-un episod maniacal sau într-un episod mixt,

ori în care un episod maniacal sau un episod mixt evoluează într-un episod depresiv major. Din contra, un episod hipomaniacal care evoluează într-un episod maniacal sau într-un episod mixt, ori un episod maniacal care evoluează într-un episod mixt (sau viceversa) este considerat a fi doar un singur episod. Pentru tulburările bipolare I recurente, natura episodului curent (ori a celui mai recent) poate fi specificată (cel mai recent episod hipomaniacal, cel mai recent episod maniacal, cel mai recent episod mixt, cel mai recent episod depresiv, cel mai recent episod nespecificat).

## Specificanți

Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile complete pentru episodul maniacal, mixt sau depresiv major, următorii specificanți pot fi utilizați pentru a descrie statusul clinic curent al episodului și pentru a descrie elementele episodului curent:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice;** (vezi pag. 411)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru episodul maniacal, mixt sau depresiv major, următorii specificanți pot fi utilizați pentru a descrie statusul clinic curent al tulburării bipolare I și pentru a descrie elementele celui mai recent episod:

**În remisiune parțială; În remisiune completă** (vezi pag. 411)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 417)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major, următorii specificanți pot fi utilizați pentru a descrie elementele episodului curent (sau, dacă actualmente nu sunt satisfăcute, dar cel mai recent episod de tulburare bipolară I a fost un episod depresiv major, acești specificanți se aplică acelui episod):

**Cronic** (vezi pag. 417)
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419)
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420)

Următorii specificanți pot fi utilizați pentru a indica patternul episoadelor:
**Specificanții evoluției longitudinale (Cu și Fără recuperare interepisodică completă)** (vezi pag. 424)
**Cu pattern sezonier** (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore) (vezi pag. 426)
**Cu ciclare rapidă** (vezi pag. 427)

## Procedee de înregistrare

Codurile diagnostice pentru tulburarea bipolară I sunt selectate după cum urmează:

1. Primele trei cifre sunt 296.
2. Cea de a patra cifră este 0, dacă există un singur episod maniacal. Pentru episoadele recurente, cea de a patra cifră indică natura episodului curent (sau,

dacă tulburarea bipolară I este actualmente în remisiune parțială sau completă, natura celui mai recent episod) după cum urmează: 4, dacă episodul curent sau cel mai recent este un episod hipomaniacal ori un episod maniacal, 5, dacă acesta este un episod depresiv major, 6, dacă acesta este un episod mixt, și 7, dacă episodul curent sau cel mai recent este nespecificat.

3. Cea de a cincea cifră (exceptând tulburarea bipolară I, cel mai recent episod hipomaniacal și tulburarea bipolară I, cel mai recent episod nespecificat) indică severitatea episodului curent dacă sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod maniacal, mixt sau depresiv major, după cum urmează: 1, severitate ușoară; 2, severitate moderată; 3, sever, fără elemente psihotice; 4, sever, cu elemente psihotice. Dacă nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod maniacal, mixt sau depresiv major, cea de a cincea cifră indică statusul clinic curent al tulburării bipolare I, după cum urmează: 5, în remisiune parțială; 6, în remisiune completă. Dacă severitatea curentă sau statusul clinic este nespecificat, cea de a cincea cifră este 0. Alți specificanți pentru tulburarea bipolară I nu pot fi codificați. Pentru tulburarea bipolară I, cel mai recent episod hipomaniacal, cea de a cincea cifră este totdeauna 0. Pentru tulburarea bipolară, cel mai recent episod nespecificat, nu există cea de a cincea cifră.

La înregistrarea denumirii unui diagnostic, termenii trebuie să fie listați în următoarea ordine: tulburarea bipolară I, specificanții codificați cu cea de a patra cifră (de ex., cel mai recent episod maniacal), specificanții codificați la cea de a cincea cifră (de ex., ușoară; severă, cu elemente psihotice; în remisiune parțială), tot atâția specificanți (fără cod) câți corespund celui mai recent episod (de ex., cu elemente melancolice, cu debut postpartum) și tot atâția specificanți (fără cod) câți corespund evoluției episodului (de ex., cu ciclare rapidă); de exemplu, 296.54 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv, sever, cu elemente psihotice, cu elemente melancolice, cu ciclare rapidă.

De reținut că, dacă singurul episod de tulburare bipolară I este un episod mixt, diagnosticul va fi indicat ca 296.0x Tulburare bipolară, episod maniacal unic, mixt.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Suicidul complet survine la 10%-15% dintre indivizii cu tulburare bipolară I. Ideația suicidară și tentativele de suicid este foarte probabil că apar când individul este într-o stare depresivă sau mixtă. Maltratarea copilului, a soției (soțului) ori alt comportament violent poate surveni în cursul episoadelor maniacale severe ori al celor cu elemente psihotice. Alte probleme asociate includ chiulul de la școală, eșecul școlar, eșecul profesional, divorțul ori comportamentul antisocial episodic. Tulburarea bipolară I este asociată cu tulburările provocate de uzul de alcool sau de alte substanțe la mulți indivizi. Indivizii cu debut precoce al tulburării bipolare I este foarte posibil să aibă un istoric de probleme curente cu uzul de alcool sau de altă substanță. Uzul concomitent de alcool și de alte substanțe este asociat cu un număr crescut de spitalizări și de e voluție mai rea a maladiei. Alte tulburări mentale asociate includ anorexia nervoasă, bulimia nervoasă, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, panica și fobia socială.

**Date de laborator asociate.** După cât se pare, nu există date de laborator care să fie diagnostice pentru tulburarea bipolară I sau care să distingă episoadele

depresive majore din tulburarea bipolară I de cele din tulburarea depresivă majoră sau tulburarea bipolară II. Studiile de imagistică comparând grupe de indivizi cu tulburare bipolară I cu grupe cu tulburare depresivă majoră sau cu grupe fără nici o tulburare afectivă tind a arăta procente crescute de leziuni ale emisferei drepte, leziuni subcorticale sau periventriculare bilaterale la cei cu tulburare bipolară I.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** O etate la debut după 40 de ani pentru primul episod maniacal trebuie să alerteze clinicianul asupra posibilității ca simptomele să fie datorate unei condiții medicale generale ori uzului unei substanțe. Hipotiroidism în prezent sau în trecut ori proba de laborator a unei hipofuncții tiroidiene ușoare poate fi asociată cu ciclarea rapidă (vezi pagina 427). În plus, hipertiroidismul poate precipita sau înrăutăți simptomele maniacale la indivizii cu o tulburare afectivă preexistentă. La indivizii fără tulburare afectivă preexistentă însă, hipertiroidismul nu provoacă de regulă simptome maniacale.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Nu există comunicări referitoare la incidența diferențiată a tulburării bipolare I în funcție de rasă sau etnie. Există unele date conform cărora clinicienii au tendința de a supradiagnostica schizofrenia (în locul tulburării bipolare) la unele grupuri etnice și la indivizii mai tineri.

Aproximativ 10%–15% dintre adolescenții cu episoade depresive majore recurente vor ajunge să dezvolte tulburarea bipolară I. Episoadele mixte par a fi mai probabile la adolescenți și la adulții tineri decât la adulții mai în etate.

Studii epidemiologice recente efectuate în Statele Unite indică faptul că tulburarea bipolară I este la fel de frecventă la bărbați ca și la femei (contrar tulburării depresive majore, care este mai frecventă la femei). Sexul pare a fi în relație cu ordinea de apariție a episoadelor maniacale și depresive majore. Primul episod la bărbați este foarte posibil să fie unul maniacal. Primul episod la femei este foarte posibil să fie unul depresiv major. La bărbați, numărul de episoade maniacale este egal sau excede numărul de episoade depresive majore, pe când la femei predomină episoadele depresive majore. În afară de aceasta, ciclarea rapidă (vezi pag. 427) este mai frecventă la femei decât la bărbați. Unele date sugerează că simptomele mixte sau depresive din cursul episoadelor maniacale sunt, de asemenea, mai frecvente la femei, dar nu toate studiile sunt de acord cu aceasta. Deci, femeile pot prezenta un risc propriu pentru simptomele afective depresive sau intricate. Femeile cu tulburare bipolară I au un risc crescut de a prezenta episoade ulterioare în perioada de postpartum imediat. Unele femei au primul lor episod în cursul perioadei de postpartum. Specificantul „cu debut postpartum" poate fi utilizat pentru a indica faptul că debutul episodului a survenit în primele 4 săptămâni după nașterea copilului (vezi pag. 422). Perioada premenstruală poate fi asociată cu înrăutățirea unui episod depresiv major, maniacal, mixt sau hipomaniacal în evoluție.

## Prevalență

Prevalența pe viață a tulburării bipolare I în eșantioanele comunitare a variat de la 0,4% la 1,6%.

## Evoluție

Etatea medie la debut este de 20 ani, atât pentru bărbați cât și pentru femei. Tulburarea bipolară I este o tulburare recurentă — mai mult de 90% dintre indivizii care au un singur episod maniacal vor ajunge să aibă și alte episoade în viitor. Aproximativ 60%–70% dintre episoadele maniacale survin imediat înaintea sau după un episod depresiv major. Adesea, episoadele maniacale preced sau urmează episoadelor depresive majore într-un mod caracteristic pentru o anumită persoană. Numărul pe viață al episoadelor (atât maniacale, cât și depresive majore) tinde a fi mai mare pentru tulburarea bipolară I în comparație cu tulburarea depresivă majoră recurentă. Studiile referitoare la evoluția tulburării bipolare I efectuate înaintea introducerii tratamentului de întreținere cu litiu sugerează că, în medie, patru episoade survin într-un interval de 10 ani. Intervalul dintre episoade tinde să scadă pe măsură ce individul înaintează în etate. Există unele date, precum că modificările în orarul somn-vigilitate, cum ar fi cele care survin în timpul schimbării fusului orar sau al deprivării de somn, pot precipita sau exacerba un episod maniacal, mixt sau hipomaniacal. Aproximativ 5%–15% dintre indivizii cu tulburare bipolară I au numeroase (patru sau mai multe) episoade afective (depresive majore, maniacale, mixte sau hipomaniacale) care survin în cursul unui an dat. Dacă este prezent acest pattern, el este notat prin specificantul „cu ciclare rapidă" (vezi pag. 427). Un pattern de ciclare rapidă este asociat cu un prognostic mai sever.

Deși majoritatea indivizilor cu tulburare bipolară I revin complet la nivelul anterior de funcționare între episoade, unii (20%–30%) continuă să prezinte labilitate afectivă și alte simptome afective reziduale. Nu mai puțin de 60% prezintă dificultăți interpersonale sau profesionale cronice între episoadele acute. Simptome psihotice pot apare după zile sau săptămâni în ceea ce era anterior un episod maniacal sau mixt nonpsihotic. Când un individ are episoade maniacale cu elemente psihotice, este foarte posibil ca și episoadele maniacale ulterioare să aibă elemente psi-hotice. Recuperarea interepisodică incompletă este mai frecventă când episodul curent este acompaniat de elemente psihotice incongruente cu dispoziția.

## Pattern familial

Rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu tulburare bipolară I au procente crescute de tulburare bipolară I (4%–24%) de tulburare bipolară II (1%–5%) și de tulburare depresivă majoră (4%–24%). Indivizii cu tulburare afectivă la rudele lor biologice de gradul I este posibil să aibă o etate mai mică la debut. Studiile pe gemeni și pe adoptați oferă proba incontestabilă a influenței genetice pentru tulburarea bipolară I.

## Diagnostic diferențial

Episoadele depresive majore, maniacale, mixte și hipomaniacale din tulburarea bipolară I trebuie să fie distinse de episoadele unei **tulburări afective datorate unei condiții medicale generale**. Diagnosticul este cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale pentru episoadele considerate a fi consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale ge nerale (de ex., scleroză multiplă, ictus, hipotiroidism) (vezi pag. 401). Această concluzie se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic.

O **tulburare afectivă indusă de o substanță** se distinge de episoadele depresive, maniacale sau mixte care apar în tulburarea bipolară I prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă (vezi pag. 405). Simptome similare celor observate într-un episod maniacal, mixt sau hipomaniacal pot fi parte a unei intoxicații ori abstinențe de un drog de abuz și trebuie să fie diagnosticate ca tulburare afectivă indusă de o substanță (de ex., dispoziția euforică, apărând numai în contextul unei intoxicații cu cocaină, va fi diagnosticată ca tulburare afectivă indusă de cocaină, cu elemente maniacale, cu debut în cursul intoxicației). Simptome similare cu cele observate într-un episod maniacal sau mixt pot fi, de asemenea, precipitate de tratamentul antidepresiv, de exemplu, de un medicament, de terapia electroconvulsivantă sau de fototerapie. Astfel de episoade pot fi diagnosticate drept tulburare afectivă indusă de o substanță (de ex., tulburare afectivă indusă de amitriptilină, cu elemente maniacale; tulburare afectivă indusă de terapia electroconvulsivantă, cu elemente maniacale) și nu trebuie să conteze pentru un diagnostic de tulburare bipolară I. Când se consideră însă că uzul de o substanță sau medicament nu explică integral episodul (de ex., episodul continuă autonom o perioadă considerabilă de timp după întreruperea substanței), episodul va fi luat în considerație pentru diagnosticul de tulburare bipolară I.

Tulburarea bipolară I se distinge de **tulburarea depresivă majoră** și de **tulburarea distimică** prin istoricul pe viață al a cel puțin un episod maniacal sau mixt. Tulburarea bipolară I se distinge de **tulburarea bipolară II** prin prezența unuia sau a mai multor episoade maniacale sau mixte. Când un individ, diagnosticat anterior cu tulburarea bipolară II, prezintă un episod maniacal sau mixt, diagnosticul este schimbat cu cel de tulburare bipolară I.

În **tulburarea ciclotimică**, există numeroase perioade de simptome hipomaniacale care nu satisfac criteriile pentru un episod maniacal și perioade de simptome depresive care nu satisfac criteriile simptomatologice și de durată pentru un episod depresiv major. Tulburarea bipolară I se distinge de tulburarea ciclotimică prin prezența unuia sau a mai multor episoade maniacale sau mixte. Dacă un episod maniacal sau mixt survine după primii 2 ani de tulburare ciclotimică, atunci tulburarea ciclotimică și tulburarea bipolară I pot fi diagnosticate ambele.

Diagnosticul diferențial dintre **tulburările psihotice** (de ex., tulburarea schizoafectivă, schizofrenia și tulburarea delirantă) și tulburarea bipolară I poate fi dificil (mai ales la adolescenți), deoarece aceste tulburări pot avea în comun un număr de simptome (de ex., idei delirante de grandoare și de persecuție, iritabilitate, agitație și simptome catatonice), în special pe secțiune transversală și precoce în evoluția lor. În contrast cu tulburarea bipolară I, schizofrenia, tulburarea schizoafectivă și tulburarea delirantă sunt, toate, caracterizate prin perioade de simptome psihotice survenind în absența unor simptome afective proeminente. Alte considerente utile includ simptomele de acompaniament, evoluția anterioară și istoricul familial. Simptome maniacale și depresive pot fi prezente în schizofrenie, tulburarea delirantă și tulburarea psihotică fără altă specificație, dar rar sunt suficiente ca număr, durată și pervasivitate pentru a satisface criteriile pentru un episod maniacal sau pentru un episod depresiv major. Când însă sunt satisfăcute complet criteriile (sau simptomele au o semnificație clinică particulară), un diagnostic de **tulburare bipolară fără altă specificație** poate fi pus pe lângă diagnosticul de schizofrenie, tulburare delirantă sau tulburare psihotică fără altă specificație.

Dacă există o alternare extrem de rapidă (în decurs de zile) între simptomele maniacale și cele depresive (de ex., câteva zile de simptome exclusiv maniacale urmate de câteva zile de simptome exclusiv depresive) care nu satisfac criteriile de durată minimă pentru un episod maniacal sau depresiv major, diagnosticul este cel de **tulburare bipolară fără altă specificație.**

## Criteriile de diagnostic pentru 296.0x Tulburarea Bipolară I, Episod Maniacal Unic

A. Prezența numai a unui singur episod maniacal (vezi pag. 362) și nici un fel de episoade depresive în trecut.

**Notă:** Recurența este definită, fie ca o schimbare în polaritate de la depresie, fie ca un interval de cel puțin 2 luni fără simptome maniacale.

B. Episodul maniacal nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu este suprapus peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

*De specificat* dacă:
**Mixt:** dacă simptomele satisfac criteriile pentru un episod mixt (vezi pag. 365).

Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod maniacal, mixt sau depresiv major, *de specificat* statusul clinic curent și/sau elementele sale:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice** (vezi pag. 410)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag.418)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod maniacal, mixt sau depresiv major, *să se specifice* statusul clinic curent al tulburării bipolare I sau elementele celui mai recent episod:

**În remisiune parțială, În remisiune completă** (vezi pag. 410)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

## Criteriile de diagnostic pentru 296.40 Tulburarea Bipolară I, cel mai recent Episod Hipomaniacal

A. Actualmente (sau cel mai recent) în episod hipomaniacal (vezi pag. 368).

B Anterior a existat cel puțin un episod maniacal (vezi pag.362) ori un episod mixt (vezi pag. 365).

C. Simptomele afective cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

D. Episoadele afective de la criteriile A și B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

## Criteriile de diagnostic pentru 296.40 Tulburarea Bipolară I, cel mai recent Episod Hipomaniacal *(continuare)*

De specificat:

**Specificanții de evoluție longitudinală (Cu și Fără recuperare interepisodică)** (vezi pag. 387)
**Cu pattern sezonier** (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore) (vezi pag. 426)
**Cu ciclare rapidă** (vezi pag. 427)

## Criteriile de diagnostic pentru 296.4x Tulburarea Bipolară I, cel mai recent Episod Maniacal

A. Actualmente (sau cel mai recent) în episod maniacal (vezi pag. 362).

B. Anterior a existat cel puțin un episod depresiv major (vezi pag. 356), un episod maniacal (vezi pag. 362) ori un episod mixt (vezi pag. 365).

C. Episoadele afective de la criteriile A și B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile complete pentru episodul maniacal, *să se specifice* statusul său clinic curent și/sau elementele celui mai recent episod maniacal:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice** (vezi pag. 413)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod maniacal, *să se specifice* statusul clinic curent al tulburării bipolare I și/sau elementele celui mai recent episodmaniacal:

**În remisiune parțială, În remisiune completă** (vezi pag. 414)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

*De specificat:*

**Specificanții de evoluție longitudinală (Cu și Fără recuperare interepisodică)** (vezi pag. 424)
**Cu pattern sezonier** (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore) (vezi pag. 426)
**Cu ciclare rapidă** (vezi pag. 427)

## Criteriile de diagnostic pentru 296.6x Tulburarea Bipolară I, cel mai recent Episod Mixt

A. Actualmente (sau cel mai recent) în episod mixt (vezi pag. 365).

B. Anterior a existat cel puțin un episod depresiv major (vezi pag. 356), un episod maniacal (vezi pag. 362) ori un episod mixt (vezi pag. 365).

C. Episoadele afective de la criteriile A și B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă ori tulburarea psihotică fără altă specificație.

Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile complete pentru episodul mixt, *să se specifice* statusul clinic curent și/sau elementele sale:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice** (vezi pag. 415)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod mixt, *să se specifice* statusul clinic curent al tulburării bipolare I și/sau elementele celui mai recent episod mixt:

**În remisiune parțială, În remisiune completă** (vezi pag. 416)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

*De specificat:*

**Specificanții de evoluție longitudinală (Cu și Fără recuperare interepisodică** (vezi pag. 424)
**Cu pattern sezonier** (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore) (vezi pag. 426)
**Cu ciclare rapidă** (vezi pag. 427)

## Criteriile de diagnostic pentru 296.5x Tulburarea Bipolară I, cel mai recent Episod Depresiv

A. Actualmente (sau cel mai recent) în episod depresiv major (vezi pag. 356).

B. Anterior a existat cel puțin un episod maniacal (vezi pag. 362) sau un episod mixt (vezi pag. 365).

C. Episoadele afective de la criteriile A și B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile complete pentru episodul depresiv major, *să se specifice* statusul clinic curent și/sau elementele sale:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice** (vezi pag. 411)
**Cronic** (vezi pag. 417)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419)
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod depresiv major, *să se specifice* statusul clinic curent al tulburării bipolare I și/sau elementele celui mai recent episod depresiv major :

**În remisiune parțială, În remisiune completă** (vezi pag. 411)
**Cronic** (vezi pag. 417)
**Cu elemente catatonice** (vezi 418)
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419)
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

*De specificat:*

**Specificanții de evoluție longitudinală (Cu și Fără recuperare interepisodică** (vezi pag. 424)
**Cu pattern sezonier** (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore) (vezi pag. 426)
**Cu ciclare rapidă** (vezi pag. 427)

### Criteriile de diagnostic pentru 296.7 Tulburarea Bipolară I, cel mai recent Episod Nespecificat

A. Criteriile, cu excepția duratei, sunt satisfăcute actualmente (ori au fost foarte recent) pentru un episod maniacal (vezi pag. 362), hipomaniacal (vezi pag. 368), mixt (vezi pag. 365) ori depresiv major (vezi pag. 356).

B. Anterior a existat cel puțin un episod maniacal (vezi pag.362) ori mixt (vezi pag. 365).

C. Simptomele afective cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele afective de la criteriile A și B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă ori tulburarea psihotică fără altă specificație.

E. Simptomele afective de la criteriile A și B nu sunt datorate efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament ori alt tratament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

*De specificat:*

**Specificanții de evoluție longitudinală (Cu și Fără recuperare interepisodică)** (vezi pag. 424)
**Cu pattern sezonier (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore)** (vezi pag. 425)
**Cu ciclare rapidă** (vezi pag. 427)

## 296.89 Tulburarea Bipolară II (Episoade depresive majore recurente cu episoade hipomaniacale)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării bipolare II îl constituie evoluția clinică caracterizată prin apariția unuia ori a mai multor episoade depresive majore (criteriul A), acompaniate de cel puțin un episod hipomaniacal (criteriul B). Episoadele hipomaniacale nu trebuie să fie confundate cu zilele de eutimie care pot urma remisiunii unui episod depresiv major. Prezența unui episod maniacal sau mixt exclude diagnosticul de tulburare bipolară II (criteriul C). Episoadele de tulburare afectivă indusă de o substanță (datorate efectelor fiziologice directe ale unui medicament, altor tratamente somatice pentru depresie, unui drog de abuz sau expunerii la un toxic) sau unei tulburări afective datorate unei condiții medicale generale nu contează pentru diagnosticul de tulburare bipolară II. În afară de aceasta, episoadele nu trebuie să fie explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă ori tulburarea psihotică fără altă specificație (criteriul D). Simptomele

trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare (criteriul E). În unele cazuri, episoadele hipomaniacale prin ele însești nu cauzează deteriorare. În schimb, deteriorarea poate rezulta din episoadele depresive majore sau dintr-un pattern cronic de episoade afective imprevizibile și funcționare profesională sau interpersonală inconstantă, fluctuantă.

Indivizii cu tulburare bipolară II pot să nu vadă episoadele hipomaniacale ca patologice, deși ceilalți pot fi deranjați de comportamentul excentric al respectivilor. Adesea indivizii, în special când se află în mijlocul unui episod depresiv major, nu-și amintesc perioadele de hipomanie fără evocări din partea amicilor sau rudelor apropiate. Informațiile provenind de la alți informatori sunt adesea decisive în stabilirea diagnosticului de tulburare bipolară II.

## Specificanți

Următorii specificanți pentru tulburarea bipolară II trebuie să fie utilizați pentru a indica natura episodul curent sau, dacă criteriile complete nu sunt satisfăcute actualmente pentru un episod hipomaniacal sau un episod depresiv major, natura celui mai recent episod:

**Hipomaniacal.** Acest specificant este utilizat dacă episodul curent (sau cel mai recent) este un episod hipomaniacal.
**Depresiv.** Acest specificant este utilizat dacă episodul curent (sau cel mai recent) este un episod depresiv major.

Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod depresiv major, următorii specificanți pot fi utilizați pentru a descrie statusul clinic curent al episodului și pentru a descrie elementele episodului curent:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice** (vezi pag. 411)
**Cronic** (vezi pag. 417)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419)
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod hipomaniacal sau depresiv major, următorii specificanți pot fi utilizați pentru a descrie statusul clinic curent al tulburării bipolare II și pentru a descrie elementele celui mai recent episod depresiv major (numai dacă acesta este cel mai recent tip de episod afectiv):

**În remisiune parțială, În remisiune completă** (vezi pag. 411)
**Cronic** (vezi pag. 417)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419)
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

Următorii specificanți pot fi utilizați pentru a indica patternul sau frecvența episoadelor:

**Specificanții evoluției longitudinale (Cu și Fără recuperare interepisodică** (vezi pag. 424)

**Cu pattern sezonier** (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore) (vezi pag. 426)

**Cu ciclare rapidă** (vezi pag. 427)

## Procedee de înregistrare

Codul diagnostic pentru tulburarea bipolară II este 296.89; nici unul dintre specificanți nu este codificabil. La înregistrarea denumirii diagnosticului, termenii trebuie să fie menționați în următoarea ordine: tulburare bipolară II, specificanții indicând episodul curent sau pe cel mai recent (de ex., hipomaniacal, depresiv), specificanții de severitate care se aplică episodului depresiv major) (de ex., moderat) tot atâția specificanți câți se aplică episodului depresiv major curent sau celui mai recent (de ex., cu elemente melancolice, cu debut postpartum) și tot atâția specificanți câți corespund evoluției episoadelor (de ex., cu pattern sezonier); de exemplu, 296.89 Tulburare bipolară II, episod depresiv, sever, cu elemente psihotice, cu elemente melancolice, cu pattern sezonier.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Suicidul complet (de regulă, în cursul episoadelor depresive majore) este un risc important, survenind la 10%–15% dintre persoanele cu tulburare bipolară II. Chiulul de la școală, eșecul școlar, eșecul profesional sau divorțul, pot fi asociate cu tulburarea bipolară II. Tulburările mentale asociate includ abuzul sau dependența de o substanță, anorexia nervoasă, bulimia nervoasă, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, panica, fobia socială și tulburarea de personalitate borderline.

**Date de laborator asociate.** După cât se pare nu există elemente de laborator care să fie diagnostice pentru tulburarea bipolară II sau care să distingă episoadele depresive majore din tulburarea bipolară II de cele din tulburarea depresivă majoră sau din tulburarea bipolară I.

**Datele examinării somatice și condiții medicale generale asociate.** O etate la debut pentru primul episod hipomaniacal după etatea de 40 ani trebuie să alerteze clinicianul asupra posibilității ca simptomele să fie datorate unei condiții medicale generale sau uzului unei substanțe. Hipotiroidismul actualmente sau în trecut sau datele de laborator despre o hipofuncție tiroidiană ușoară pot fi asociate cu ciclarea rapidă (vezi pag. 427). În plus, hipertiroidismul poate precipita sau înrăutăți simptomele la indivizii cu o tulburare afectivă preexistentă. La alți indivizi însă hipertiroidismul nu cauzează de regulă simptome hipomaniacale.

## Elemente specifice sexului

Tulburarea bipolară II pare a fi mai frecventă la femei decât la bărbați. Sexul pare a fi în legătură cu numărul și tipul de episoade hipomaniacale și depresive majore. La bărbați numărul de episoade hipomaniacale este egal sau depășește pe cel al

episoadelor depresive majore, pe când la femei predomină episoadele depresive majore. În afară de aceasta, ciclarea rapidă (vezi pag. 427) este mai frecventă la femei decât la bărbați. Unele date sugerează că simptomele mixte sau depresive din cursul episoadelor hipomaniacale pot fi, de asemenea, mai frecvente la femei, deși nu toate studiile sunt de acord cu aceasta. Deci, femeile pot fi expuse unui risc aparte pentru simptomele depresive sau amestecate. Femeile cu tulburare bipolară II pot fi expuse unui risc crescut de a prezenta episoade subsecvente în perioada de postpartum imediat.

## Prevalență

Studiile comunitare sugerează o prevalență pe viață a tulburării bipolare II de aproximativ 0,5%.

## Evoluție

Aproximativ 60%–70% dintre episoadele hipomaniacale din tulburarea bipolară II survin imediat înainte sau după un episod depresiv major. Episoadele hipomaniacale preced adesea sau urmează episoadelor depresive majore într-un pattern caracteristic pentru o anumită persoană. Numărul de episoade (atât hipomaniacale, cât și depresive majore) pe viață tinde a fi mai mare pentru tulburarea bipolară II, în comparație cu tulburarea depresivă majoră recurentă. Intervalul dintre episoade tinde a descreste pe măsură ce individul înaintează în etate. Aproximativ 5%–15% dintre indivizii cu tulburare bipolară II au episoade afective (hipomaniacale sau depresive majore) numeroase (patru sau mai multe) survenind în cursul unui an dat. Dacă este prezent acest pattern, el este menționat prin specificantul „cu ciclare rapidă"(vezi pag. 427). Un pattern de ciclare rapidă este asociat cu un prognostic rău.

Deși majoritatea indivizilor cu tulburare bipolară II revin complet la nivelul anterior de funcționare între episoade, aproximativ 15% continuă să prezinte labilitate afectivă și dificultăți interpersonale și profesionale. În episoadele hipomaniacale nu apar simptome psihotice, iar în episoadele depresive majore din tulburarea bipolară II sunt mai puțin frecvente decât în cele din tulburarea bipolară I. Unele date sunt concordante cu observația că modificări semnificative în ritmul somn-vigilitate, cum ar fi cele survenind în cursul schimbărilor de fus orar ori al deprivării de somn, pot precipita sau exacerba episoadele hipomaniacale sau depresive majore. Dacă un episod maniacal sau mixt apare în cursul tulburării bipolare II, diagnosticul este schimbat în cel de tulburare bipolară I. Peste 5 ani de la debut, aproximativ 5%–15% din indivizii cu tulburare bipolară II vor dezvolta un episod maniacal.

## Pattern familial

Unele studii au indicat că rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu tulburare bipolară II au rate crescute de tulburare bipolară II, tulburare bipolară I și tulburare depresivă majoră în comparație cu populația generală.

## Diagnostic diferențial

Episoadele hipomaniacale și depresive majore din tulburarea bipolară II trebuie să fie distinse de episoadele unei **tulburări afective datorate unei condiții**

**medicale generale**. Diagnosticul este cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale pentru episoadele considerate a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale specifice (de ex., scleroză multiplă, ictus, hipotiroidism) (vezi pag. 401). Această concluzie se bazează pe istoric, datele de laborator și examenul somatic.

O **tulburare afectivă indusă de o substanță** se distinge de episoadele hipomaniacale sau depresive majore care survin în tulburarea bipolară II prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă (vezi pag. 405). Simptome similare celor observate într-un episod hipomaniacal pot fi parte a unei intoxicații ori abstinențe de un drog de abuz și trebuie să fie diagnosticate ca tulburare afectivă indusă de o substanță (de ex., un episod similar episodului depresiv major, survenind numai în contextul abstinenței de cocaină, trebuie să fie diagnosticat ca tulburare afectivă indusă de cocaină, cu elemente depresive, cu debut în cursul abstinenței). Simptome similare celor observate într-un episod hipomaniacal pot fi, de asemenea, precipitate de un tratament antidepresiv, de exemplu, de un medicament, de terapia electroconvulsivantă ori de fototerapie. Astfel de episoade pot fi diagnosticate ca tulburare afectivă indusă de o substanță (de ex., tulburare afectivă indusă de amitriptilină, cu elemente maniacale; tulburare afectivă indusă de terapie electroconvulsivantă, cu elemente maniacale) și nu va conta pentru un diagnostic de tulburare bipolară II. Când însă uzul de o substanță sau medicament nu este considerat a explica complet episodul (de ex., episodul continuă în mod independent o perioadă considerabilă de timp după întreruperea substanței), episodul va conta pentru un diagnostic de tulburare bipolară II.

Tulburarea bipolară II se distinge de **tulburarea depresivă majoră** prin istoricul pe viață a cel puțin un episod hipomaniacal. Atenția acordată în cursul interviului faptului dacă există un istoric de hipomanie euforică sau disforică este importantă în efectuarea diagnosticului diferențial. Tulburarea bipolară II se distinge de **tulburarea bipolară I** prin prezența unuia sau a mai multor episoade maniacale sau mixte în aceasta din urmă. Când un individ, diagnosticat anterior cu tulburare bipolară II, prezintă un episod maniacal sau mixt, diagnosticul este schimbat în cel de tulburare bipolară I.

În **tulburarea ciclotimică**, există numeroase perioade de simptome hipomaniacale și numeroase perioade de simptome depresive care nu satisfac criteriile simptomatologice sau de durată pentru un episod depresiv major. Tulburarea bipolară II se distinge de tulburarea ciclotimică prin prezența unuia sau a mai multor episoade depresive majore. Dacă un episod depresiv major survine după primii 2 ani de tulburare ciclotimică, este pus diagnosticul adițional de tulburare bipolară II.

Tulburarea bipolară II trebuie să fie distinsă de **tulburările psihotice** (de ex., tulburarea schizoafectivă, schizofrenie și tulburarea delirantă). Schizofrenia, tulburarea schizoafectivă și tulburarea delirantă sunt caracterizate toate prin perioade de simptome psihotice care survin în absența unor simptome afective proeminente. Alte considerente utile includ simptomele de acompaniament, evoluția anterioară și istoricul familial.

## Criteriile de diagnostic pentru 296.89 Tulburarea Bipolară II

A. Prezența (sau istoricul) unuia sau a mai multe episoade depresive majore (vezi pag. 356).

B. Prezența (sau istoricul) a cel puțin un episod hipomaniacal (vezi pag. 368).

C. Nu a existat niciodată un episod maniacal (pag. 362) ori un episod mixt (pag. 365).

D. Simptomele afective de la criteriile A și B nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

E. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

*De specificat* episodul curent sau cel mai recent:

**Hipomaniacal:** dacă actualmente (sau cel mai recent) în episod hipomaniacal (vezi pag. 368).
**Depresiv:** dacă actualmente (sau cel mai recent) în episod depresiv major (vezi pag. 356)

Dacă actualmente sunt satisfîcute criteriile complete pentru episodul depresiv major, *să se specifice* statusul clinic curent și/sau elementele sale:

**Ușor; Moderat; Sever, fără elemente psihotice; Sever, cu elemente psihotice** (vezi pag. 411)
**Cronic** (vezi pag. 417)
**Cu elemente catatonice** (vezi 418)
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419)
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

Dacă actualmente nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod hipomaniacal sau depresiv major, *să se specifice* statusul clinic al tulburării bipolare II și/sau elementele celui mai recent episod depresiv major (numai dacă acesta este cel mai recent tip de episod afectiv):

**În remisiune parțială, În remisiune completă** (vezi pag. 411) **Notă:** Codurile cu cinci cifre specificate la pag. 413 nu pot fi utilizate aici deoarece codul pentru tulburareabipolară II utilizează deja cea de a cincea cifră.
**Cronic** (vezi pag. 417)
**Cu elemente catatonice** (vezi pag. 418)
**Cu elemente melancolice** (vezi pag. 419)
**Cu elemente atipice** (vezi pag. 420)
**Cu debut postpartum** (vezi pag. 422)

*De specificat:*

**Specificanții evoluției longitudinale (Cu și Fără recuperare interepisodică)** (vezi pag. 424).

**Cu pattern sezonier** (se aplică numai patternului episoadelor depresive majore) (vezi pag. 426)
**Cu ciclare rapidă** (vezi pag. 427)

# 301.13 Tulburarea ciclotimică

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării ciclotimice îl constituie o perturbare afectivă fluctuantă, cronică, implicând numeroase perioade de simptome hipomaniacale (vezi pag. 365) și numeroase perioade de simptome depresive (vezi pag. 349) (criteriul A). Simptomele hipomaniacale sunt insuficiente ca număr, severitate, pervasivitate sau durată pentru a satisface criteriile complete pentru un episod maniacal, iar simptomele depresive sunt, de asemenea, insuficiente ca număr, severitate, pervasivitate sau durată pentru a satisface criteriile complete pentru un episod depresiv major. Nu este necesar însă ca nici una dintre perioadele de simptome hipomaniacale să satisfacă fie criteriul de durată, fie criteriul pragului de simptom pentru un episod hipomaniacal. În cursul perioadei de 2 ani (1 an pentru copii și adolescenți), nici un interval fără simptome nu durează mai mult de 2 luni (criteriul B). Diagnosticul de tulburare ciclotimică se pune numai dacă în perioada inițială de 2 ani de simptome ciclotimice nu sunt prezente episoade depresive majore, maniacale sau mixte (criteriul C). După cei 2 ani inițiali ai tulburării ciclotimice, episoade maniacale sau mixte pot fi suprapuse peste tulburarea ciclotimică, în care caz sunt diagnosticate atât tulburarea ciclotimică, cât și tulburarea bipolară II. Diagnosticul nu este pus dacă patternul de oscilații afective este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă sau este suprapus peste o tulburare psihotică, de ex., peste schizofrenie sau tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație (criteriul D) în care caz simptomele afective sunt considerate a fi elemente asociate ale tulburării psihotice. De asemenea, tulburarea afectivă nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul) (criteriul E). Deși unii oameni pot funcționa extrem de bine în cursul unor perioade de hipomanie, în general trebuie să existe o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare ca rezultat al perturbării afective (criteriul F). Deteriorarea poate apare ca rezultat al unor perioade prelungite de modificări afective ciclice, adesea imprevizibile (de ex., persoana poate fi considerată ca fiind temperamentală, capricioasă, imprevizibilă, inconstantă, în care nu pot avea încredere).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Pot fi prezente tulburări în legătură cu o substanță și tulburări de somn (adică, dificultăți în inițierea și menținerea somnului).

## Elemente specifice etății și sexului

Tulburarea ciclotimică începe adesea precoce în viață, iar uneori este considerată a reflecta o predispoziție temperamentală pentru alte tulburări afective (în special, pentru tulburările bipolare). Pe eșantioanele comunitare, tulburarea ciclotimică este, după cât se pare, la fel de frecventă la bărbați și la femei. În condiții clinice, femeile cu tulburare ciclotimică este posibil să fie prezente pentru tratament într-un procent mai mare decât bărbații.

## Prevalență

Studiile au raportat o prevalență a tulburării ciclotimice pe viață mergând de la 0,4% până la 1%. Prevalența în clinicile de tulburări afective poate merge de la 3% până la 5%.

## Evoluție

Tulburarea ciclotimică începe de regulă în adolescență sau precoce în viața adultă. Debutul tulburării ciclotimice tardiv în viața adultă poate sugera o tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, cum ar fi scleroza multiplă. Tulburarea ciclotimică are de regulă un debut insidios și o evoluție cronică. Există un risc de 15–50% ca persoanele respective să dezvolte ulterior o tulburare bipolară I sau II.

## Pattern familial

Tulburarea depresivă majoră și tulburarea bipolară I sau II par a fi mai frecvente printre rudele biologice de gradul I ale persoanelor cu tulburare ciclotimică decât în populația generală. Poate exista, de asemenea, un risc familial crescut de tulburări în legătură cu o substanță. În afară de aceasta, tulburarea ciclotimică poate fi mai frecventă la rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu tulburare bipolară I.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea ciclotimică poate fi distinsă de o **tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul este cel de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, cu elemente mixte, când perturbarea afectivă este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale, de regulă cronică (de ex., hipertiroidismul) (vezi pag. 401). Această concluzie se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă se consideră, însă, că simptomele depresive nu sunt consecința fiziologică directă a condiției medicale generale, atunci tulburarea afectivă primară este înregistrată pe axa I (de ex., tulburare ciclotimică), iar condiția medicală generală este înregistrată pe axa III. Acesta ar fi cazul, de exemplu, dacă simptomele afective sunt considerate a fi consecința psihologică a faptului de a avea o condiție medicală generală ori dacă nu există nici o relație etiologică între simptomele afective și condiția medicală generală.

**O tulburare afectivă indusă de o substanță** se distinge de tulburarea ciclotimică prin faptul că o substanță (în special, o substanță stimulantă) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea afectivă (vezi pag. 405). Oscilațiile afective frecvente care sunt sugestive de tulburare ciclotimică dispar de regulă după încetarea uzului de drog.

**Tulburarea bipolară I, cu ciclare rapidă și tulburarea bipolară II cu ciclare rapidă** se aseamănă ambele cu tulburarea ciclotimică în virtutea frecventelor și marcatelor comutări afective. Prin definiție, stările afective din tulburarea ciclotimică nu satisfac criteriile complete pentru un episod depresiv major, maniacal sau mixt, având în vedere faptul că specificantul „cu ciclare rapidă" cere să fie prezente episoade afective complete. Dacă un episod depresiv major, maniacal sau mixt survine în cursul evoluției unei tulburări ciclotimice deja existente, este pus diagnosticul, fie de tulburare bipolară I (pentru un episod

maniacal sau mixt), fie de tulburare bipolară II (pentru un episod depresiv major), împreună ci diagnosticul de tulburare ciclotimică.

**Tulburarea de personalitate borderline** este asociată cu comutări marcate de dispoziție care pot sugera tulburarea ciclotimică. Dacă sunt satisfăcute criteriile pentru fiecare tulburare, pot fi diagnosticate, atât tulburarea de personalitate borderline, cât și tulburarea ciclotimică.

### Criteriile de diagnostic pentru 301.13 Tulburarea Ciclotimică

A. Pentru cel puțin 2 ani, prezența a numeroase perioade de simptome hipomaniacale (vezi pag. 368) și a numeroase perioade de simptome depresive care nu satisfac criteriile pentru un episod depresiv major. **Notă:** La copii și la adolescenți, durata trebuie să fie de cel puțin un an.

B. În cursul perioadei de 2 ani de mai sus (1 an pentru copii și adolescenți) persoana nu s-a aflat fără simptomele de la criteriul A pentru mai mult de 2 luni odată.

C. Nici un episod depresiv major (pag. 356), episod maniacal (pag. 362) ori episod mixt (pag. 365) nu a fost prezent în cursul primilor 2 ani ai perturbării.

**Notă:** După cei 2 ani inițiali de tulburare ciclotimică (1 an la copii și la adolescenți), pot fi suprapuse episoade maniacale sau mixte (în care caz pot fi diagnosticate, atât tulburarea bipolară I, cât și tulburarea ciclotimică) ori episoade depresive majore (în care caz pot fi diagnosticate, atât tulburarea bipolară II, cât și tulburarea ciclotimică).

D. Simptomele de la criteriul A nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă ori tulburarea psihotică fără altă specificație.

E. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

F. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

## 296.80 Tulburarea Bipolară Fără Altă Specificație

Categoria tulburării bipolare fără altă specificație include tulburări cu elemente bipolare care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare bipolară specifică. Exemplele includ:

1. Alternarea foarte rapidă (în decurs de câteva zile) între simptome maniacale și simptome depresive care satisfac criteriile de prag pentru simptom, dar nu satifac criteriile de durată minimă pentru un episod maniacal ori pentru un episod depresiv major.
2. Episoade hipomaniacale recurente, fără simptome depresive intercurente.
3. Un episod maniacal sau mixt suprapus peste tulburarea delirantă, schizofrenia reziduală ori tulburarea psihotică fără altă specificație.

4. Episoadele hipomaniacale împreună cu simptome depresive cronice, care sunt prea rare pentru a justifica un diagnostic de tulburare ciclotimică.
5. Situațiile în care clinicianul a concluzionat că este prezentă o tulburare bipolară, dar este incapabil să precizeze dacă aceasta este primară, datorată unei condiții medicale generale ori indusă de o substanță.

# Alte Tulburări Afective

## 293.83 Tulburarea Afectivă datorată unei Condiții Medicale Generale

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării afective datorate unei condiții medicale generale îl constituie o perturbare persistentă și proeminentă a dispoziției, considerată a fi datorată efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale. Perturbarea afectivă poate implica dispoziția depresivă, scăderea considerabilă a interesului și plăcerii ori dispoziția crescută, expansivă sau iritabilă (criteriul A). Deși tabloul clinic al perturbării afective poate fi asemănător cu cel al episodului depresiv major, maniacal, mixt sau hipomaniacal, nu este necesar să fie satisfăcute criteriile complete pentru nici unul dintre aceste episoade; tipul de simptome predominante poate fi indicat prin utilizarea unuia dintre următoarele subtipuri: cu elemente depresive, cu episod similar episodului depresiv major, cu elemente maniacale ori cu elemente mixte. Din istoric, examenul somatic ori datele de laborator, trebuie să fie evident faptul că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (criteriul B). Perturbarea afectivă nu este explicată mai bine de o altă tulburare mentală (de ex., tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă care survine ca răspuns la stresul psihosocial al faptului de a avea condiția medicală generală) (criteriul C). De asemenea, diagnosticul nu se pune dacă perturbarea afectivă survine numai în cursul unui delirium (criteriul D). Perturbarea afectivă trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul E). În unele cazuri, individul poate fi capabil să mai funcționeze încă, dar numai cu un efort considerabil crescut.

În precizarea faptului, dacă tulburarea afectivă este datorată unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să stabilească mai întâi prezența unei condiții medicale generale. Apoi, clinicianul trebuie să stabilească faptul că tulburarea afectivă este în relație etiologică cu condiția medicală generală printr-un mecanism fiziologic. O evaluare atentă și cuprinzătoare a numeroși factori este necesară pentru a face această precizare. Deși nu există criterii infailibile pentru a stabili dacă relația dintre perturbarea afectivă și condiția medicală generală este una etiologică, câteva considerente oferă o oarecare ghidare în acest domeniu. Un prim considerent este acela al prezenței unei asocieri temporale între debutul, exacerbarea sau remisiunea condiției medicale generale și cele ale perturbării afective. Un al doilea considerent îl constituie prezența unor elemente care sunt atipice pentru tulburările afective primare (de ex., etatea la debut și evoluția atipică

sau absența istoricului familial). Datele din literatură care sugerează că poate exista o asociere directă între condiția medicală generală în chestiune și apariția simptomelor afective pot oferi un context util în evaluarea unei anumite situații. În afară de aceasta, clinicianul trebuie să aprecieze, de asemenea, dacă perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare afectivă primară, de o tulburare afectivă indusă de o substanță ori de alte tulburări mentale primare (de ex., tulburarea de adaptare). Această precizare este explicată în mai mare detaliu în secțiunea „Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale" (pag. 181).

Contrar tulburării depresive majore, tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale, cu elemente depresive, pare a fi distribuită aproape egal la cele două sexe. Tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale crește riscul de tentativă de suicid și de suicid complet. Ratele de suicid diferă în funcție de condiția medicală generală, de condițiile cronice, incurabile și dureroase (de ex., cancer, leziuni medulare spinale, ulcer peptic, maladie Huntington, sindromul imunodeficienței căpătate (SIDA), maladie renală în stadiul final, traumatism cranian) care comportă cel mai mare risc de suicid.

## Subtipuri

Poate fi utilizat unul dintre următoarele subtipuri pentru a indica anume care din următoarele prezentări de simptome predomină:

**Cu elemente depresive**. Acest subtip este utilizat dacă dispoziția predominantă este depresivă, dar nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod depresiv major.

**Episod similar episodului depresiv major**. Acest subtip este utilizat dacă sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod depresiv major (cu excepția criteriului D) (vezi pag. 356).

**Cu elemente maniacale**. Acest subtip este utilizat dacă dispoziția predominantă este crescută, euforică sau iritabilă.

**Cu elemente mixte**. Acest subtip este utilizat dacă sunt prezente, atât simptomele maniei, cât și cele ale depresiei, dar nu predomină nici unele.

## Procedee de înregistrare

La înregistrarea diagnosticului de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să consemneze atât fenomenologia specifică a perturbării, incluzând subtipul corespunzător, cât și condiția medicală generală identificată și considerată a fi cauza perturbării de pe axa I (de ex., 293.83 Tulburare afectivă datorată tireotoxicozei, cu elemente maniacale). Codul ICD-9-CM pentru condiția medicală generală, de asemenea, trebuie notat pe axa III (de ex., 242.9 Tireotoxicoză). (Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnostice ICD-9-CM selectate pentru condițiile medicale generale).

Un diagnostic separat de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale nu este pus, dacă simptomele depresive apar exclusiv în cursul demenței vasculare. În acest caz, simptomele depresive sunt indicate prin specificația subtipului "cu dispoziție depresivă" (de ex., 290.43 Demență vasculară, cu dispoziție depresivă).

## Condiții medicale generale asociate

O diversitate de condiții medicale generale pot cauza simptome afective. Aceste condiții includ maladii neurologice degenerative (de ex., maladia Parkinson, maladia Huntington), maladia cerebrovasculară (de ex., ictusul), condiții metabolice (de ex., deficiența de vitamina B 12), condiții endocrine (de ex., hiper- și hipotiroidismul, hiper- și hipoparatiroidismul, hiper- și hipoadrenocorticismul), condiții autoimune (de ex., lupusul eritematos sistemic), infecții virale sau de altă natură (de ex., hepatita, mononucleoza, virusul imunodeficienței umane [HIV] și anumite cancere (de ex., carcinomul pancreasului). Datele examinării somatice și datele de laborator asociate, patternurile de prevalență sau de debut reflectă condiția medicală generală etiologică.

## Prevalență

Estimările prevalenței pentru tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale se limitează la cele ale tablourilor clinice cu elemente depresive. S-a observat că 25%–40% dintre indivizii cu anumite condiții neurologice (incluzând maladia Parkinson, maladia Huntington, scleroza multiplă, ictusul și maladia Alzheimer) au prezentat o perturbare depresivă marcată într-o anumită perioadă din cursul evoluției maladiei. Pentru condițiile medicale generale fără implicarea directă a sistemului nervos central, procentele sunt, de departe, foarte variabile, mergând de la mai mult de 60% în sindromul Cushing până la mai puțin de 8% în stadiul final al unei maladii renale.

## Diagnostic diferențial

Un diagnostic separat de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale nu este pus dacă perturbarea afectivă survine exclusiv în cursul unui **delirium**. Din contra, un diagnostic de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale poate fi pus pe lângă diagnosticul de **demență** dacă simptomele afective sunt consecința etiologică directă a procesului patologic cauzal al demenței și dacă simptomele afective sunt o parte proeminentă a tabloului clinic.(de ex., tulburare afectivă datorată maladiei Alzheimer). Din cauza cerințelor de codificare ale ICD-9-CM, o excepție de la aceasta o constituie cazul când simptomele depresive survin exclusiv în cursul **demenței vasculare**. În acest caz, se pune numai diagnosticul de demență vasculară, cu subtipul „cu dispoziție depresivă"; nu se pune diagnosticul separat de tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale. Dacă tabloul clinic include o mixtură de diferite tipuri de simptome (de ex., afective și anxioase), tulburarea mentală specifică datorată unei condiții medicale specifice, depinde de care simptome predomină în tabloul clinic.

Dacă există proba unui uz recent sau prelungit de o substanță (inclusiv de medicamente cu efecte psihoactive), a abstinenței de o substanță ori a expunerii la un toxic, poate fi luată în discuție **tulburarea afectivă indusă de o substanță**. Poate fi util să se efectueze un screening al drogului în sânge sau urină ori alte examene de laborator adecvate. Simptomele care apar în cursul sau la scurt timp (adică, în decurs de 4 săptămâni) după o intoxicație sau abstinență de o substanță ori după utilizarea unui medicament pot fi extrem de evocatoare de o tulburare indusă de o substanță, în funcție de caracterul, durata sau cantitatea de substanță utilizată. Dacă clinicianul consideră că perturbarea se datorează, atât unei condiții medicale

generale, cât și uzului unei substanțe, pot fi puse ambele diagnostice (adică, tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale și tulburare afectivă indusă de o substanță).

Tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale trebuie să fie distinsă de **tulburarea depresivă majoră, tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II** și de **tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă** (de ex., un răspuns dezadaptativ la stresul de a avea o afecțiune medicală generală). În tulburările, depresivă majoră, bipolare și de adaptare nu a putut fi demonstrată existența unor mecanisme fiziologice cauzale directe și specifice, asociate cu o condiție medicală generală. Adesea este dificil de stabilit dacă anumite simptome (de ex., pierderea în greutate, insomnia, fatigabilitatea) reprezintă o tulburare afectivă ori sunt manifestarea directă a unei condiții medicale generale (de ex., cancer, ictus, infarct miocardic, diabet). Astfel de simptome pledează pentru diagnosticul de episod depresiv major, cu excepția cazurilor în care ele sunt explicate în mod clar și complet de o condiție medicală generală. Dacă clinicianul nu poate stabili dacă perturbarea afectivă este primară, indusă de o substanță ori datorată unei condiții medicale generale, poate fi pus diagnosticul de **tulburare afectivă fără altă specificație.**

## Criteriile de diagnostic pentru 293.83 Tulburarea Afectivă datorată... *[Se indică Condiția Medicală Generală]*

A. O perturbare afectivă persistentă și proeminentă predomină în tabloul clinic și este caracterizată prin oricare (ori ambele) din următoarele:

(1) dispoziție depresivă ori diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile,
(2) dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă.

B. Din istoric, examenul somatic și datele de laborator rezultă proba că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburarea mentală (de ex., de tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă ca răspuns la stresul de a avea o condiție medicală generală).

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

E. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

*De specificat* tipul:

**Cu elemente depresive**: dacă dispoziția predominantă este depresivă, dar nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod depresiv major
**Cu episod similar episodului depresiv major**: dacă sunt satisfăcute complet criteriile pentru un episod depresiv major (cu excepția criteriului D) (vezi pag. 356)
**Cu elemente maniacale**: dacă predispoziția predominantă este crescută, euforică sau iritabilă
**Cu elemente mixte**: Dacă sunt prezente, atât simptome de manie, cât și de depresie, dar nu predomină nici unele

**Notă de codificare:** Numele condiției medicale generale se include pe axa I, de ex., 293.83 Tulburare afectivă datorată hipertiroidismului, cu elemente depresive; condiția medicală generală se codifică, de asemenea, pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).
**Notă de codificare:** Dacă simptomele depresive survin ca parte a unei demențe vasculare preexistente, simptomele depresive se indică prin codificarea subtipului corespunzător, adică 290.43 Demență vasculară, cu dispoziție depresivă.

## Tulburarea Afectivă indusă de o Substanță

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării afective induse de o substanță îl constituie o perturbare afectivă persistentă și proeminentă (criteriul A) considerată a fi datorată efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament, alt tratament somatic pentru depresie ori expunerea la un toxic) (criteriul B). În funcție de natura substanței și de contextul în care apar simptomele (adică, în cursul intoxicației ori abstinenței), perturbarea poate comporta dispoziție depresivă, diminuarea notabilă a interesului sau plăcerii, ori dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă. Deși tabloul clinic al perturbării afective poate fi asemănător cu cel al unui episod depresiv major, maniacal, mixt sau hipomaniacal, nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru nici unul dintre aceste episoade. Tipul de simptom predominant poate fi indicat prin utilizarea unuia dintre următoarele subtipuri: cu elemente depresive, cu elemente maniacale, cu elemente mixte. Perturbarea nu trebuie să fie explicată mai bine de o tulburare afectivă care nu este indusă de o substanță (criteriul C). Diagnosticul nu este pus dacă perturbarea afectivă survine numai în cursul unui delirium (criteriul D). Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul E). În unele cazuri, individul încă mai poate fi capabil să funcționeze, dar numai cu efort considerabil crescut. Acest diagnostic nu trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță sau al celui de abstinență de o substanță decât atunci când simptomele afective sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență și când simptomele afective sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

O tulburare afectivă indusă de o substanță se distinge de o tulburare afectivă primară prin luarea în considerație a debutului, evoluției și altor factori. Pentru drogurile de abuz trebuie să fie evidentă din istoric, examenul somatic sau datele de laborator, intoxicația sau abstinența. Tulburările afective induse de o substanță survin numai în asociere cu stările de intoxicație sau de abstinență, în timp ce tulburările afective primare pot precede debutul uzului unei substanțe ori pot surveni în cursul perioadelor de abstinență prelungită. Deoarece starea de abstinență pentru unele substanțe poate fi relativ prelungită, debutul simptomelor afective poate avea loc în până la 4 săptămâni după încetarea uzului de substanță. Un alt considerent îl constituie prezența de elemente care sunt atipice pentru tulburările afective primare (de ex., etatea la debut sau evoluția atipică). De

exemplu, debutul unui episod maniacal după etatea de 45 de ani poate sugera o etiologie indusă de o substanță. Din contra, factorii care sugerează că simptomele afective sunt explicate mai bine de către o tulburare afectivă primară includ persistența simptomelor afective pentru o perioadă substanțială de timp (adică, aproximativ o lună), după terminarea intoxicației cu o substanță ori a abstinenței acute de o substanță; apariția de simptome afective care sunt considerabil în exces față de ceea ce ar fi de așteptat, dat fiind tipul sau cantitatea de substanță utilizată ori durata de uz și, în fine, un istoric de episoade recurente de tulburare afectivă primară anterioare.

Unele medicamente (de ex., stimulantele, steroizii, l–dopa, antidepresivele) sau unele tratamente somatice pentru depresie (de ex., terapia electroconvulsivantă sau fototerapia) pot induce perturbări afective similare maniei. Judecata clinică este esențială în a stabili faptul, dacă tratamentul este realmente cauzal ori este vorba de o tulburare afectivă primară care s-a întâmplat să aibă debutul în perioada în care persoana a primit acest tratament. De exemplu, simptomele maniacale care apar la o persoană în timp ce aceasta ia litiu, nu vor fi diagnosticate ca tulburare afectivă indusă de o substanță, deoarece nu este posibil ca litiul să inducă episoade similare celor maniacale. Pe de altă parte, un episod depresiv, care apare în cursul primelor cîteva săptămâni de la începutul tratamentului cu alfa–metildopa (un agent antihipertensiv) la o persoană fără istoric de tulburare afectivă, va fi indicat pentru diagnosticul de tulburare afectivă indusă de alfametildopa, cu elemente depresive. În unele cazuri, o condiție prezentă anterior (de ex., tulburarea depresivă majoră recurentă) poate reapare în timp ce persoana ia în mod casual un medicament care are capacitatea de a cauza simptome depresive (de ex., l–dopa, pilule anticoncepționale). În astfel de cazuri, clinicianul trebuie să aprecieze dacă medicamentul este factorul cauzal în această situație particulară. Pentru o discuție mai detaliată a tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 191.

## Subtipuri și specificanți

Unul din următoarele subtipuri trebuie să fie utilizat pentru a indica următoarele prezențe de simptome predominante:

**Cu elemente depresive**. Acest subtip este utilizat dacă dispoziția predominantă este depresivă.

**Cu elemente maniacale**. Acest subtip este utilizat dacă dispoziția predominantă este crescută, euforică sau iritabilă.

**Cu elemente mixte**. Acest subtip este utilizat dacă sunt prezente, atât simptome de manie, cât și de depresie, dar nu predomină nici unele.

Contextul apariției simptomelor afective poate fi indicat prin utilizarea unuia dintre următorii specificanți:

**Cu debut în cursul intoxicației**. Acest specificant trebuie să fie utilizat dacă sunt satisfăcute criteriile pentru intoxicația cu o substanță, iar simptomele apar în cursul sindromului de intoxicație.

**Cu debut în cursul abstinenței**. Acest specificant trebuie să fie utilizat dacă sunt satisfăcute criteriile pentru abstinența de o substanță, iar simptomele apar în cursul ori la scurt timp după sindromul de abstinență.

## Procedee de înregistrare

Numele unei tulburări afective induse de o substanță începe cu cel al substanței specifice sau al tratamentului somatic (de ex., cocaină, amitriptilină, terapie electroconvulsivantă) presupusă a fi cauza simptomelor afective. Codul diagnostic este selectat din lista claselor de substanțe prevăzute în seturile de criterii. Pentru substanțele care nu intră în nici una dintre clase (de ex., amitriptilina) și pentru alte tratamente somatice (de ex., terapia electroconvulsivantă), trebuie să fie utilizat codul pentru „altă substanță". În afară de aceasta, pentru medicamentele prescrise în doze terapeutice, medicamentul specific poate fi indicat prin menționarea codului E corespunzător (vezi anexa G). Numele tulburării (de ex., tulburare afectivă indusă de cocaină) este urmat de subtipul care indică simptomul predominant prezent și specificantul indicând contextul în care apar simptomele (de ex., 292.84 Tulburare afectivă indusă de cocaină, cu elemente depresive, cu debut în cursul abstinenței. Când se consideră că mai mult decât o singură substanță joacă un rol semnificativ în apariția simptomelor afective, fiecare dintre acestea trebuie să fie menționată separat (de ex., 292.84 Tulburare afectivă indusă de cocaină, cu elemente maniacale, cu debut în cursul abstinenței; 292.84 Tulburare afectivă indusă de fototerapie, cu elemente maniacale). Dacă o substanță este considerată a fi factorul etiologic, dar substanța specifică sau clasa de substanțe este necunoscută, poate fi utilizată categoria 292.84 Tulburare afectivă indusă de o substanță necunoscută.

## Substanțele specifice

Tulburările afective pot surveni în asociație cu intoxicația în cadrul următoarelor clase de substanțe: alcool; amfetamină și substanțe afine; cocaină; halucinogene; inhalante; opiacee; phencyclidină și substanțe afine; sedative, hipnotice și anxiolitice și alte substanțe sau substanțe necunoscute. Tulburările afective pot surveni în asociație cu abstinența de următoarele clase de substanțe: alcool; amfetamină și substanțe afine; cocaină; sedative, hipnotice și anxiolitice și alte substanțe sau substanțe necunoscute.

Unele dintre medicamentele descrise ca evocând simptome afective includ anestezicele, analgezicele, anticolinergicele, anticonvulsivantele, medicamentele antiparkinsoniene, antiulceroase, cardiace, anticoncepționalele orale, medicamentele psihotrope (antidepresivele, benzodiazepinele, antipsihoticele, disulfiramul), relaxantele musculare, steroizii și sulfonamidele. Unele medicamente au o probabilitate destul de mare de a produce elemente depresive (de ex., dozele mari de rezerpină, corticosteroizii, steroizii anabolizanți). De notat că aceasta nu este o listă exhaustivă a medicamentelor posibile și că multe alte medicamente pot produce, ocazional, o reacție depresivă idiosincratică. Metalele grele și toxicele (de ex., substanțele volatile, cum ar fi gazolina și vopselele, insecticidele organofosforate, gazele neurotoxice, monoxidul de carbon și bioxidul de carbon) pot produce, de asemenea, simptome afective.

## Diagnostic diferențial

În intoxicația cu o substanță și abstinența de o substanță, apar frecvent simptome afective, iar diagnosticul de **intoxicație cu o anumită substanță** sau de **abstinență de o anumită substanță** este de regulă suficient pentru clasificarea

simptomelor prezentate. Diagnosticul de tulburare afectivă indusă de o substanță trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță ori de abstinență de o substanță, numai când simptomele afective sunt considerate a fi în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență și când simptomele afective sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. De exemplu, dispoziția disforică este un element caracteristic al abstinenței de cocaină. Tulburarea afectivă indusă de cocaină trebuie să fie diagnosticată în locul abstinenței de cocaină, numai dacă perturbarea afectivă este considerabil mai intensă decât cea întâlnită de regulă în abstinența de cocaină și este suficient de severă pentru a fi un obiectiv separat al atenției și tratamentului.

Dacă simptomele afective induse de o substanță survin exclusiv în cursul unui delirium, simptomele afective sunt considerate a fi un element asociat al deliriumului și nu sunt diagnosticate separat. În **tablourile clinice induse de o substanță care conțin un amestec de diferite tipuri de simptome** (de ex., simptome afective, psihotice și anxioase), tipul specific de tulburare indusă de o substanță de diagnosticat depinde de care tip de simptome predomină în tabloul clinic.

O tulburare afectivă indusă de o substanță se distinge de o **tulburare afectivă primară** prin faptul că o substanță este considerată a fi etiologic în relație cu simptomele (de ex., un medicament antihipertensiv) (sau în timpul abstinenței, dacă există un sindrom de abstinență asociat cu medicamentul). Odată ce tratamentul este întrerupt, simptomele afective se vor remite de regulă în decurs de câteva zile sau săptămâni, în funcție de semiviața substanței și de prezența unui sindrom de abstinență. Dacă simptomele persistă peste patru săptămâni, trebuie să fie luate în considerație alte cauze pentru simptomele afective.

Deoarece indivizii cu condiții medicale generale iau adesea medicamente pentru acestea, clinicianul trebuie să ia în considerație eventualitatea că simptomele afective sunt cauzate de consecințele fiziologice ale condiției medicale generale mai curând decât de medicamente, în care caz se pune diagnosticul de **tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale.** Istoricul oferă adesea baza principală pentru o astfel de judecată. Uneori, o schimbare în tratamentul condiției medicale generale (de ex., substituirea unui medicament sau suprimarea lui) poate fi necesară pentru a stabili empiric pentru persoana respectivă dacă medicamentul este agentul cauzal. Dacă clinicianul a ajuns la concluzia că perturbarea este datorată, atât unei condiții medicale generale, cât și uzului unei substanțe, pot fi puse ambele diagnostice (adică, tulburare afectivă datorată unei condiții medicale generale și tulburare afectivă indusă de o substanță). Când există insuficiente date pentru a stabili dacă simptomele afective sunt datorate unei substanțe (inclusiv unui medicament) sau unei condiții medicale generale ori sunt primare (adică, nu se datorează nici unei substanțe, nici unei condiții medicale generale), este indicat diagnosticul de **tulburare depresivă fără altă specificație** sau de **tulburare bipolară fără altă specificație.**

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Afectivă indusă de o Substanță

A. O perturbare persistentă și proeminentă de dispoziție predomină în tabloul clinic și este caracterizată prin oricare dintre următoarele (sau ambele):

(1) dispoziție depresivă sau diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile;
(2) dispoziție crescută, expansivă sau iritabilă.

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator rezultă proba, fie a (1), sau a (2):

(1) simptomele de la criteriul A apar în timpul sau în decurs de o lună de la intoxicația sau abstinența de o substanță;
(2) utilizarea unui medicament este etiologic în relație cu perturbarea.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare afectivă care nu este indusă de o substanță. Probele că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare afectivă care nu este indusă de o substanță pot include următoarele: simptomele preced debutul uzului de substanță (sau uzului unui medicament); simptomele persistă o perioadă substanțială de timp (de ex., aproape o lună) după încetarea abstinenței acute sau a intoxicației severe ori sunt considerabil în exces față de ceea ce ar fi de așteptat, dat fiind tipul sau cantitatea de substanță utilizată ori durata uzului; ori există alte probe care sugerează existența unei tulburări afective noninduse de o substanță (de ex., un istoric de episoade depresive majore recurente).

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

E. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante.

Notă: Acest diagnostic trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță sau de abstinență de o substanță, numai când simptomele afective sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

*A se codifica* astfel tulburarea afectivă indusă de o substanță specifică:

(291.8 alcool; 292.84 cocaină; 292.84 halucinogene; 292.84 inhalante; 292.84 opiacee; 292.84 phencyclidină [sau o substanță similară phencyclidinei]; 292.84 sedative, hipnotice sau anxiolitice; 292.84 altă substanță [sau o substanță necunoscută]).

*De specificat* tipul:
**Cu elemente depresive**: dacă dispoziția dominantă este depresivă
**Cu elemente maniacale**: dacă dispoziția predominantă este crescută, euforică sau iritabilă
**Cu elemente mixte**: dacă sunt prezente atât simptome depresive, cât și simptome maniacale, dar nu predomină nici unele

### Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Afectivă indusă de o Substanță *(continuare)*

*De specificat dacă* (vezi tabelul de la pag. 193 pentru aplicabilitate la o substanță):

**Cu debut în cursul intoxicației:** dacă sunt satisfăcute criteriile pentru intoxicația cu o substanță, iar simptomele apar în cursul sindromului de intoxicație.
**Cu debut în cursul abstinenței:** dacă sunt satisfăcute criteriile pentru abstinența de o substanță, iar simptomele apar în cursul ori scurt timp după un sindrom de abstinență

## 296.90 Tulburarea Afectivă Fără Altă Specificație

Această categorie include tulburările cu simptome afective care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare afectivă specifică și în care este dificil să se aleagă între tulburarea depresivă fără altă specificație și tulburarea bipolară fără altă specificație (de ex., agitația acută).

## Specificanții pentru descrierea Episodului Curent sau a celui mai Recent

Pentru tulburările afective sunt prevăzuți un număr de specificanți pentru a crește specificitatea diagnostică și a crea subgrupuri cât mai omogene, a ajuta la alegerea tratamentului și ameliorarea predicției prognostice. Următorii specificanți aparțin episodului curent (sau a celui mai recent): Severitate/Psihotic/Remisiune, Cronic, Cu elemente catatonice, Cu elemente melancolice, Cu elemente atipice, Cu debut postpartum. Specificanții care indică severitatea, remisiunea și elementele psihotice pot fi codificați cu cea de a cincea cifră a codului diagnostic pentru cele mai multe tulburări afective. Ceilalți specificanți nu pot fi codificați. Tabelul 1 indică specificanții episodului care se aplică la fiecare tulburare afectivă (vezi pag. 411).

**Tabelul 1.** Specificanții de episod care se aplică tulburărilor afective

| | Severitate/ Psihotic/ Remisiune | Cronic | Cu elemente catatonice | Cu elemente melancolice | Cu elemente atipice | Cu debut post-partum |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tulburarea depresivă majoră, episod unic | X | X | X | X | X | X |
| Tulburarea depresivă majoră, recurentă | X | X | X | X | X | X |
| Tulburarea distimică | | | | | X | |
| Tulburarea bipolară I, episod maniacal unic | X | | X | | | X |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod hipomaniacal | | | | | | |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod maniacal | X | | X | | | X |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod mixt | X | | X | | | X |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod depresiv | X | X | X | X | X | X |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod nespecificat | | | | | | |
| Tulburarea bipolară II, hipomaniacală | | | | | | |
| Tulburarea bipolară II, depresivă | X | X | X | X | X | X |
| Tulburarea ciclotimică | | | | | | |

## Specificanții Severitate/Psihotic/Remisiune pentru Episodul Depresiv Major

În tulburarea depresivă majoră, acești specificanți indică fie severitatea episodului depresiv major curent sau nivelul de remisiune dacă criteriile complete nu mai sunt satisfăcute. În tulburarea bipolară I și bipolară II, acești specificanți indică fie severitatea episodului depresiv major curent sau nivelul de remisiune, dacă cel mai recent episod a fost un episod depresiv major. Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile pentru episodul depresiv major, acesta poate fi clasificat ca ușor, moderat, sever, fără elemente psihotice sau ca sever, cu elemente psihotice. Dacă însă criteriile nu mai sunt satisfăcute, specificantul indică dacă cel mai recent

episod depresiv major este în remisiune parțială sau completă. Pentru tulburarea depresivă majoră și pentru cele mai multe tulburări bipolare I, specificantul este indicat prin cea de a cincea cifră a codului tulburării.

**1 — Ușor, 2 — Moderat, 3 — Sever, fără elemente psihotice.** Severitatea este apreciată ca ușoară, moderată sau severă, pe baza numărului de simptome criterii, severitatea simptomelor și gradul de incapacitate sau detresă funcțională. Episoadele ușoare se caracterizează prin prezența a numai cinci sau șase simptome depresive și, fie printr-o incapacitate ușoară, fie prin capacitatea de a funcționa normal, dar cu un efort considerabil și inuzual. Episoadele *severe, fără elemente psihotice*, sunt caracterizate prin prezența celor mai multe simptome criterii și printr-o incapacitate observabilă, clară (de ex., incapacitatea de a lucra sau de a avea grijă de copii). Episoadele *moderate* au o severitate intermediară, între ușoară și severă.

**4 — Sever, cu elemente psihotice.** Acest specificant indică prezența, fie a ideilor delirante, fie a halucinațiilor (de regulă, auditive) în cursul episodului curent. Cel mai frecvent, conținutul ideilor delirante sau al halucinațiilor este concordat cu temele depresive. Astfel de *elemente psihotice congruente cu dispoziția* includ idei delirante de culpă (de ex., de a fi responsabil de maladia unei ființe iubite), idei delirante de pedeapsă meritată (de ex., de a fi pedepsit din cauza unui păcat moral ori a unei insuficiențe personale), idei delirante nihiliste (de ex., de distrugere personală sau a lumii), idei delirante somatice (de ex., că ar avea cancer ori că propriul corp „a dispărut") ori idei delirante de ruină (de ex., de a fi ruinat). Halucinațiile, când sunt prezente, sunt de regulă tranzitorii și nonelaborate și pot implica voci care admonestează persoana pentru lipsuri sau păcate.

Mai rar, conținutul halucinațiilor sau ideilor delirante nu are, după cât se pare, nici o relație cu temele depresive. Astfel de *elemente psihotice incongruente cu dispoziția* includ idei delirante de persecuție (fără temele depresive, cum că individul merită a fi persecutat), idei delirante de inserție a gândurilor (adică, propriile gânduri nu sunt ale sale), idei delirante de difuzare a gândirii (adică, și alții pot să-i audă gândurile proprii) și idei delirante de control (adică, propriile acțiuni se află sub un control exterior). Aceste elemente sunt asociate cu un prognostic mai sever. Clinicianul poate indica natura elementelor psihotice prin specificația „cu elemente psihotice congruente cu dispoziția" ori „cu elemente psihotice incongruente cu dispoziția".

**5 — În remisiune parțială, 6 — În remisiune completă.** Remisiunea completă necesită o perioadă de cel puțin 2 luni, în care nu există simptome semnificative de depresie. Există două eventualități pentru un episod de a fi în remisiune parțială: 1) unele simptome ale episodului depresiv major sunt încă prezente, dar criteriile complete nu mai sunt satisfăcute; 2) nu mai există nici un fel de simptome semnificative ale episodului depresiv major, dar perioada de remisiune durează de mai puțin de 2 luni. Dacă episodul depresiv major a fost suprapus peste tulburarea distimică, diagnosticul de tulburare depresivă majoră, în remisiune parțială, nu este pus chiar dacă criteriile complete pentru un episod depresiv major nu sunt satisfăcute; în schimb, diagnosticul este cel de tulburare distimică și de istoric anterior de tulburare depresivă majoră.

## Criteriile pentru specificanții Severitate/ Psihotic/Remisiune pentru Episodul Depresiv Major curent (sau cel mai recent)

**Notă:** Se codifică la cea de a cincea cifră. Specificanții ușor, moderat, sever, fără elemente psihotice, sever cu elemente psihotice pot fi aplicați numai dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major. Specificanții în remisiune parțială și în remisiune completă pot fi aplicați celui mai recent episod depresiv major din tulburarea depresivă majoră și episodului depresiv major din tulburarea bipolară I sau II, numai dacă aceasta este cel mai recent tip de episod afectiv.

**.x1 — Ușor:** Puține, dacă nu chiar nici un simptom în exces față de cele necesare pentru a pune diagnosticul, iar simptomele duc doar la o deteriorare minoră în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții.
**.x2 — Moderat:** Simptome de deteriorare funcțională între „ușoară" și „severă".
**.x3 — Sever, fără elemente psihotice:** Mai multe simptome în exces față de cele necesare pentru a pune diagnosticul, iar simptomele interferează considerabil cu funcționarea profesională sau cu activitățile sociale uzuale ori cu relațiile cu alții.
**.x4 — Sever, cu elemente psihotice:** Idei delirante sau halucinații. Dacă este posibil, să se specifice dacă elementele psihotice sunt congruente sau incongruente cu dispoziția:

> **Elemente psihotice congruente cu dispoziția:** Idei delirante sau halucinații al căror conținut este în întregime concordat cu temele depresive tipice de insuficiență personală, de culpă, maladie, moarte, nihilism sau pedeapsă meritată.
> **Elemente psihotice incongruente cu dispoziția:** Idei delirante sau halucinații al căror conținut nu implică temele depresive tipice de insuficiență personală, de culpă, maladie, moarte, nihilism sau pedeapsă meritată. Sunt incluse simptome precum ideile delirante de persecuție (fără legătură directă cu temele depresive), inserția de gânduri, difuzarea gândirii și ideile delirante de control.

**.x5 — În remisiune parțială:** Sunt prezente simptome ale episodului depresiv major, dar criteriile complete nu sunt satisfăcute ori există o perioadă fără nici un simptom semnificativ de episod depresiv major cu o durată de mai puțin de 2 luni, urmând terminării episodului depresiv major. (Dacă episodul depresiv major a fost suprapus peste tulburarea distimică, este pus diagnosticul de tulburare distimică, odată ce criteriile complete pentru un episod depresiv major nu mai sunt satisfăcute).
**.x6 — În remisiune completă:** În cursul ultimelor 2 luni nu au fost prezente nici un fel de semne sau simptome semnificative ale perturbării.
**.x0-Nespecificat**

## Specificanții Severitate/Psihotic/Remisiune pentru Episodul Maniacal

În tulburarea bipolară I, acești specificanți indică fie severitatea episodului maniacal curent, fie nivelul de remisiune, dacă cel mai recent episod a fost un episod maniacal. Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile pentru episodul maniacal, acesta poate fi clasificat ca ușor, moderat, sever, fără elemente psihotice

ori sever, cu elemente psihotice. Dacă nu mai sunt satisfăcute criteriile pentru episodul maniacal, specificantul indică dacă cel mai recent episod maniacal se află în remisiune parțială sau completă. Acești specificanți sunt exprimați cu cea de a cincea cifră a codului pentru tulburare.

**1— Ușor, 2 — Moderat, 3 — Sever, fără elemente psihotice.** Severitatea este considerată ușoară, moderată sau severă pe baza numărului de simptome criterii, severitatea simptomelor, gradul de incapacitate funcțională și necesitatea de supraveghere. Episoadele *ușoare* se caracterizează prin prezența a numai trei sau patru simptome maniacale. Episoadele *moderate* se caracterizează printr-o creștere extremă a activității sau deteriorare a judecății. Episoadele *severe, fără elemente psihotice*, se caracterizează prin necesitatea unei supravegheri aproape permanente pentru a proteja individul de a nu se vătăma pe sine sau pe alții.

**4 — Sever, cu elemente psihotice.** Acest specificant indică prezența, fie a ideilor delirante, fie a halucinațiilor (de regulă auditive) din cursul episodului curent. Cel mai frecvent, conținutul ideilor delirante sau al halucinațiilor este concordant cu temele maniacale, adică acestea sunt *elemente psihotice congruente cu dispoziția*. De exemplu, poate fi auzită vocea lui Dumnezeu, explicând persoanei că are o misiune specială. Ideile delirante de persecuție se pot baza pe ideea că persoana este persecutată din cauza unor relații sau atribute speciale.

Mai rar, conținutul ideilor delirante sau al halucinațiilor nu are nici o relație evidentă cu temele maniacale, adică acestea sunt *elemente psihotice incongruente cu dispoziția*. Acestea pot include idei delirante de persecuție (fără relație directă cu temele de grandoare), idei delirante de inserție a gândirii (adică, propriile gânduri nu-i aparțin), idei delirante de difuzare a gândirii (adică, alții îi pot auzi gândurile) și idei delirante de control (adică, acțiunile proprii se află sub control exterior). Prezența acestor elemente poate fi asociată cu un prognostic mai sever. Clinicianul poate indica natura elementelor psihotice specificând „cu elemente congruente cu dispoziția" ori „cu elemente incongruente cu dispoziția".

**5 — În remisiune parțială, 6 — În remisiune completă.** Remisiunea completă necesită o perioadă de cel puțin 2 luni în care să nu existe simptome semnificative de manie. Există două eventualități pentru episod de a fi în remisiune parțială: 1) simptomele episodului maniacal sunt încă prezente, dar criteriile complete nu mai sunt satisfăcute, ori 2) nu mai există nici un simptom semnificativ de episod maniacal, dar perioada de remisiune durează de mai puțin de 2 luni.

### Criteriile pentru specificanții Severitate/ Psihotic/Remisiune pentru Episodul Maniacal curent (sau cel mai recent)

**Notă:** Se codifică la cea de a cincea cifră. Specificanții ușor, moderat, sever, fără elemente psihotice și sever, cu elemente psihotice pot fi aplicați numai dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile pentru un episod maniacal. Specificanții în remisiune parțială și în remisiune completă pot fi aplicați unui episod maniacal din tulburarea bipolară I numai dacă acesta este cel mai recent tip de episod afectiv.

**.x1 — Ușor**: Este satisfăcut minimumul de criterii simptom pentru un episod maniacal.
**.x2 — Moderat**: Creștere extremă a activității sau deteriorarea judecății.
**.x3 — Sever, fără elemente psihotice**: Este necesară supravegherea aproape permanentă pentru a preveni vătămarea corporală a sa sau a altora.
**.x4 — Sever, cu elemente psihotice**: Idei delirante și halucinații. Dacă este posibil, să se specifice dacă elementele psihotice sunt congruente sau incongruente cu dispoziția:

> **Elemente psihotice congruente cu dispoziția**: Idei delirante sau halucinații al căror conținut este în întregime concordant cu temele maniacale tipice de valoare exagerată, putere, cunoștințe, identitate ori de relație specială cu o divinitate sau cu o persoană celebră.
> **Elemente psihotice incongruente cu dispoziția**: Idei delirante sau halucinații al căror conținut nu implică temele maniacale tipice de valoare exagerată, putere, cunoștințe, identitate ori de relație specială cu o divinitate sau cu o persoană celebră. Sunt incluse simptome, cum ar fi ideile delirante de persecuție (fără relație directă cu ideile sau temele de grandoare), inserția de gânduri și ideile delirante de control.

**.x5 — În remisiune parțială**: Sunt prezente simptomele unui episod maniacal, dar nu sunt satisfăcute criteriile complete, ori există o perioadă fără simptome semnificative de episod maniacal cu o durată de mai puțin de 2 luni de la terminarea episodului maniacal.
**.x6—În remisiune completă**. În cursul celor două luni precedente nici un fel de semne sau simptome de perturbare nu au fost prezente
**.x0—Nespecificat.**

## Specificanții Severitate/Psihotic/Remisiune pentru Episodul Mixt

În tulburarea bipolară I, acești specificanți indică fie severitatea episodului mixt curent, fie nivelul de remisiune, dacă cel mai recent episod a fost un episod mixt. Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile pentru episodul mixt, acesta poate fi clasificat ca ușor, moderat, sever, fără elemente psihotice, ori ca sever, cu elemente psihotice. Dacă nu mai sunt satisfăcute criteriile pentru un episod mixt, specificantul indică dacă cel mai recent episod mixt se află în remisiune parțială sau completă. Acești specificanți sunt indicați cu cea de a cincea cifră a codului pentru tulburare.

**1 — Ușor, 2 — Moderat, 3 — Sever, fără elemente psihotice.** Severitatea este considerată a fi ușoară, moderată sau severă pe baza numărului de simptome criterii, severitatea simptomelor, gradul de incapacitate funcțională și necesitatea de supraveghere. Episoadele *ușoare* se caracterizează prin prezența a numai trei sau patru simptome maniacale și a cinci sau șase simptome depresive. Episoadele *moderate* se caracterizează printr-o creștere extremă a activității ori prin deteriorarea judecății. Episoadele *severe, fără elemente psihotice,* se caracterizează prin necesitatea unei supravegheri aproape continue pentru a proteja individul de a nu se vătăma pe sine sau pe alții.

**4 — Sever, cu elemente psihotice.** Acest specificant indică prezența, fie a ideilor delirante, fie a halucinațiilor (de regulă auditive) din cursul episodului curent. Cel mai frecvent, conținutul ideilor delirante sau al halucinațiilor este concordant, fie cu temele maniacale, fie cu cele depresive, adică, acestea sunt *elemente psihotice congruente cu dispoziția.* De exemplu, poate fi auzită vocea lui Dumnezeu explicând că persoana respectivă are o misiune specială. Ideile delirante de persecuție pot avea la bază convingerea că persoana este persecutată, deoarece merită o pedeapsă specială ori pentru că are o relație sau un atribut special.

Mai rar, conținutul halucinațiilor sau al ideilor delirante nu are, evident, nici o relație cu temele maniacale sau depresive, adică, acestea sunt *elemente psihotice incongruente cu dispoziția.* Acestea pot include idei delirante de inserție a gândurilor (adică, propriile gânduri nu-i aparțin), idei delirante de difuzare a gândirii (adică, alții îi pot auzi gândurile) și idei delirante de control (adică, acțiunile proprii se află sub un control exterior). Aceste elemente sunt asociate cu un prognostic mai sever. Clinicianul poate indica natura elementelor psihotice, specificând „cu elemente congruente cu dispoziția" ori „cu elemente incongruente cu dispoziția".

**5 — În remisiune parțială, 6 — În remisiune completă.** Remisiunea completă necesită o perioadă de cel puțin 2 luni în care să nu existe simptome semnificative de manie sau de depresie. Există două eventualități pentru episod de a fi în remisiune parțială: 1) simptomele episodului mixt sunt încă prezente, dar criteriile complete nu mai sunt satisfăcute sau 2) nu mai există nici un fel de simptome semnificative ale episodului mixt, dar perioada de remisiune are o durată de mai puțin de 2 luni.

## Criteriile pentru specificanții Severitate/ Psihotic/Remisiune pentru Episodul Mixt curent (sau cel mai recent)

**Notă:** Se codifică cu cea de a cincea cifră. Specificanții ușor, moderat, sever, fără elemente psihotice, sever cu elemente psihotice, pot fi aplicați numai dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile pentru un episod mixt. Specificanții în remisiune parțială și în remisiune completă pot fi aplicați unui episod mixt din tulburarea bipolară I numai dacă acesta este cel mai recent tip de episod afectiv.

**.x1 — Ușor:** Sunt satisfăcute nu mai mult decât minimumul de criterii simptom, atât pentru un episod maniacal, cât și pentru un episod depresiv major.

**.x2 — Moderat:** Simptome sau deteriorare funcțională între „ușoară" și „severă.

**.x3 — Sever, fără elemente psihotice:** Este necesară supravegherea aproape permanentă pentru a preveni vătămarea corporală a sa sau a altora.

### Criteriile pentru specificanții Severitate/ Psihotic/Remisiune pentru Episodul Mixt curent (sau cel mai recent) *(continuare)*

**.x4 — Sever, cu elemente psihotice**: Idei delirante sau halucinații. Dacă este posibil, să se specifice dacă elementele psihotice sunt congruente sau incongruente cu dispoziția:

> **Elemente psihotice congruente cu dispoziția**: Idei delirante sau halucinații al căror conținut este concordant cu temele maniacale sau depresive tipice.
> **Elemente psihotice incongruente cu dispoziția**: Idei delirante sau halucinații al căror conținut nu implică teme maniacale sau depresive tipice. Sunt incluse simptome, precum ideile delirante de persecuție (fără legătură directă cu temele de grandoare sau depresive), inserția de gânduri și ideile delirante de a fi controlat.

**.x5 — În remisiune parțială**: Sunt prezente simptomele unui episod mixt, dar nu sunt satisfăcute criteriile complete ori există o perioadă fără nici un fel de simptome semnificative de episod mixt cu o durată de mai puțin de 2 luni urmând terminării episodului mixt.
**.x6 — În remisiune completă**: În cursul ultimelor 2 luni, nu au fost prezente nici un fel de semne sau simptome semnificative ale perturbării.
**.x0 — Nespecificat.**

## Specificantul „Cronic" pentru un Episod Depresiv Major

Acest specificant indică natura cronică a episodului depresiv major (adică faptul că timp de cel puțin doi ani au fost satisfăcute permanent criteriile complete pentru un episod depresiv major). Acest specificant se aplică episodului depresiv major curent (sau dacă actualmente nu mai sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod depresiv major, celui mai recent) din tulburarea depresivă majoră și episodului depresiv major curent (sau celui mai recent) din tulburarea bipolară I sau tulburarea bipolară II, numai dacă acesta este cel mai recent tip de episod afectiv.

### Criteriile pentru specificantul Cronic

*De specificat* dacă:

> **Cronic** (poate fi aplicat episodului depresiv major curent sau celui mai recent din tulburarea depresivă majoră și episodului depresiv major din tulburarea bipolară I sau II, numai dacă este cel mai recent tip de episod afectiv).
>
> Criteriile complete pentru un episod depresiv major au fost satisfăcute continuu timp de cel puțin 2 ani anteriori.

## Specificantul „Cu Elemente Catatonice"

Specificantul „Cu elemente catatonice" poate fi aplicat episodului depresiv major, maniacal sau mixt curent din tulburarea depresivă majoră, tulburarea bipolară I sau tulburarea bipolară II. Dacă nu mai sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod afectiv, specificantul se aplică episoadelor celor mai recente. Specificantul „Cu elemente catatonice" este indicat când tabloul clinic este caracterizat printr-o perturbare psihomotorie marcată care poate implica imobilitate motorie, activitate motorie excesivă, negativism extrem, mutism, bizarerii ale mișcărilor voluntare, ecolalie sau ecopraxie. Imobilitatea motorie se poate manifesta prin catalepsie (flexibilitate ceroasă) sau stupor. Activitatea motorie excesivă este, evident, lipsită de scop și nu este influențată de stimulii externi. Poate exista un negativism extrem, care se manifestă prin menținerea unei posturi rigide contra tuturor încercărilor de a fi mobilizat sau opoziție la toate ordinele date. Bizareria mișcărilor voluntare se manifestă prin asumarea unor posturi inadecvate sau stranii, ori prin grimase notabile. Ecolalia (repetarea patologică, asemenea unui papagal și, evident, fără sens, a cuvintelor sau expresiilor abia spuse de o altă persoană) și ecopraxia (imitarea repetitivă a mișcărilor unei alte persoane) sunt adesea prezente. Elementele adiționale pot include stereotipii, manierisme, supunerea automată la ordin și imitația. În timpul excitației sau stuporii catatonice severe, persoana respectivă poate necesita o supraveghere atentă pentru a evita autovătămarea sau vătămarea altora. Consecințele eventuale includ malnutriția, extenuarea, hiperpirexia și leziunile autoprovocate.

S-a constatat că stările catatonice survin în 5%-9% dintre pacienții internați. La pacienții cu catatonie internați, 25%-50% din cazuri survin în asociere cu tulburările afective, 10%-15% din cazuri survin în asociere cu schizofrenia (vezi schizofrenia, tipul catatonic, pag. 315), iar restul survin în asociere cu alte tulburări mentale (de ex., tulburarea obsesivo-compulsivă, tulburările de personalitate și tulburările disociative). Este important de reținut că, de asemenea, catatonia poate surveni într-o largă varietate de condiții medicale generale incluzând, dar nu limitată la acestea, condiții infecțioase, metabolice, neurologice (vezi **tulburarea catatonică datorată unei condiții medicale generale**, pag.185), sau datorate efectelor secundare ale unui medicament (de ex., **tulburarea de mișcare indusă de medicație**, vezi pag. 791). Din cauza severității complicațiilor, o atenție specială trebuie acordată posibilității ca un **sindrom neuroleptic malign** să fie cauza catatoniei (pag. 795).

### Criteriile pentru specificantul „Cu Elemente Catatonice"

*De specificat* dacă:

**Cu elemente catatonice** (poate fi aplicat episodului depresiv major, episodului maniacal sau episodului mixt, curent sau celui mai recent, din tulburarea depresivă majoră, tulburarea bipolară I sau tulburarea bipolară II).

Tabloul clinic este dominat de cel puțin două dintre următoarele:

(1) imobilitate motorie evidențiată prin catalepsie (incluzând flexibilitatea ceroasă) sau stupor;
(2) activitate motorie excesivă (care este, evident, lipsită de scop și nu este influențată de stimuli externi);

(3) negativism extrem (o opoziție, aparent fără motiv la toate ordinele sau menținerea unei posturi rigide contra încercărilor de a fi mobilizat) sau mutism;
(4) bizarerii ale mișcărilor voluntare evidențiate prin posturi (asumarea voluntară a unor posturi inadecvate sau bizare), mișcări stereotipe, manierisme proeminente sau grimase notabile;
(5) ecolalie sau ecopraxie.

## Specificantul „Cu Elemente Melancolice"

Specificantul „Cu elemente melancolice" poate fi aplicat episodului depresiv major curent (sau dacă actualmente nu mai sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major, celui mai recent) din tulburarea depresivă majoră și episodului depresiv major curent (sau celui mai recent) din tulburarea bipolară I sau II, numai dacă este cel mai recent tip de episod afectiv. Elementul esențial al unui episod depresiv major, cu elemente melancolice, îl constituie pierderea interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile, ori o lipsă de reactivitate la stimuli de regulă plăcuți. Dispoziția depresivă a individului nu trebuie să se amelioreze, fie și temporar, când survine ceva bun (criteriul A). În afară de aceasta, cel puțin trei dintre următoarele simptome sunt prezente: o calitate distinctă a dispoziției depresive, dispoziție care de regulă este mai rea dimineața, deșteptare din somn dimineața precoce, lentoare sau agitație psihomotorie, anorexie sau pierdere în greutate semnificativă, culpă excesivă sau inadecvată (criteriul B).

Specificantul „Cu elemente melancolice" se aplică dacă aceste elemente sunt prezente la nadirul episodului. Există o absență aproape completă a capacității pentru plăcere, și nu numai diminuarea acesteia. Un indiciu pentru evaluarea lipsei de reactivitate a dispoziției este acela că, și în cazul unor evenimente extrem de dorite, dispoziția depresivă nu se luminează deloc sau se luminează numai parțial (de ex., până la 20%–40% din normal și numai pentru câteva minute odată). Calitatea distinctă a dispoziției, care este caracteristică specificantului „cu elemente melancolice", este experiențiată de indivizi ca fiind diferită calitativ de tristețea experiențiată în cursul doliului sau într-un episod depresiv nonmelancolic. Aceasta se poate evidenția punând persoana respectivă să compare calitatea dispoziției depresive curente cu dispoziția experiențiată după moartea unei ființe iubite. O dispoziție depresivă descrisă pur și simplu ca fiind mai severă, durând de mai mult timp ori prezentă fără un motiv nu este considerată ca distinctă calitativ. Modificările psihomotorii sunt aproape totdeauna prezente și sunt observabile de către alții. Indivizii cu elemente melancolice este foarte puțin probabil să aibă o tulburare de personalitate premorbidă, să aibă un factor precipitant clar pentru episod și să răspundă la testarea unui medicament placebo. O consecință a probabilității mai reduse de a răspunde la placebo o constituie necesitatea mai mare a unui tratament antidepresiv activ.

Aceste elemente manifestă doar o tendință modestă la a se repeta de-a lungul diverselor episoade la același individ. Ele sunt mai frecvente la pacienții internați, în comparație cu cei tratați ambulator, și este puțin probabil că vor apare în episoadele mai ușoare și nu în episoadele depresive majore severe, după cum este foarte posibil să apară la cei cu simptome psihotice. Elementele melancolice sunt

asociate mai frecvent cu date de laborator de nonsupresiune la dexametazonă, concentrații crescute de cortizol în plasmă, urină și salivă, alterarea profilelor EEG de somn, testul de provocare cu tiramină anormal și o asimetrie anormală la testele de audiție biauriculară.

### Criteriile pentru specificantul „Cu Elemente Melancolice"

*De specificat* dacă:

**Cu elemente melancolice** (poate fi aplicat episodului depresiv major curent sau celui mai recent din tulburarea depresivă majoră și episodului depresiv major din tulburarea bipolară I sau bipolară II numai dacă acesta este cel mai recent tip de episod afectiv).

A. Oricare dintre următoarele survenind în cursul celei mai severe perioade a episodului curent:
   (1) pierderea plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile,
   (2) lipsa de reactivitate la stimuli de regulă plăcuți ( a nu se simți mult mai bine, chiar temporar, când survine ceva bun).

B. Trei (sau mai multe) dintre următoarele:
   (1) o calitate distinctă a dispoziției depresive (adică, dispoziția depresivă este experientată ca fiind net diferită de tipul de sentimente experientate după moartea unei ființe iubite),
   (2) depresie de regulă mai severă dimineața,
   (3) deșteptare dimineața precoce (cu cel puțin 2 ore înainte de ora uzuală de deșteptare),
   (4) lentoare sau agitație psihomotorie marcată,
   (5) anorexie sau pierdere în greutate semnificativă,
   (6) culpă excesivă sau inadecvată.

## Specificantul „Cu Elemente Atipice"

Specificantul „Cu elemente atipice" poate fi aplicat episodului depresiv major curent (sau, dacă actualmente criteriile complete pentru un episod depresiv major nu sunt satisfăcute, celui mai recent) din tulburarea depresivă majoră și episodului depresiv major curent (sau cel mai recent) din tulburarea bipolară I sau II, numai dacă acesta este cel mai recent tip de episod afectiv, sau tulburării distimice. "Depresia atipică" are semnificație istorică (adică, se referă la tablourile clinice de depresie atipică în opoziție cu cele mai clasice de depresie "endogenă") și nu are conotația de tablou clinic rar, așa cum lasă termenul să se înțeleagă. Elementele esențiale sunt reactivitatea dispoziției (criteriul A) și prezența a cel puțin două dintre următoarele elemente (criteriul B): apetit crescut sau plus ponderal, hipersomnie, paralizie „ca de plumb" și un pattern de lungă durată de sensibilitate extremă la perceperea rejecției interpersonale. Aceste elemente predomină în cursul celei mai recente perioade de 2 săptămâni (sau a celei mai recente perioade de 2 ani pentru tulburarea distimică). Specificantul „cu elemente atipice" nu este pus, dacă au fost satisfăcute criteriile pentru „cu elemente melancolice" ori „cu elemente catatonice" în cursul aceluiași episod depresiv major.

Reactivitatea dispoziției este capacitatea de a se bucura când este confruntat cu evenimente pozitive (de ex., o vizită a copiilor, complimente de la alții). Dispoziția poate deveni eutimică (nu tristă) pentru perioade întinse de timp, dacă circumstanțele rămân favorabile. Apetitul crescut se poate manifesta printr-o creștere a ingestiei de alimente ori printr-un plus ponderal. Hipersomnia poate include, fie o perioadă întinsă de somn în cursul nopții, fie de ațipit în cursul zilei, care totalizează cel puțin 10 ore de somn pe zi (sau cu cel puțin 2 ore mai mult, decât atunci când nu este depresiv). Paralizia „ca de plumb" este definită ca senzația de greutate, de plumb ori de împovărare, de regulă, în brațe sau picioare; aceasta este în general prezentă timp de cel puțin o oră pe zi, dar adesea durează mai multe ore, odată. Contrar altor elemente atipice, sensibilitatea patologică la perceperea rejecției interpersonale este o trăsătură care are un debut precoce și persistă cea mai mare parte a vieții adulte. Sensibilitatea la rejecție survine atât când persoana este depresivă, dar și când nu este, și poate fi exacerbată în cursul perioadelor depresive. Problemele care rezultă din sensibilitatea la rejecție trebuie să fie suficient de importante pentru a duce la deteriorare funcțională. Pot exista relații furtunoase cu rupturi frecvente și cu incapacitatea de a susține o relație de lungă durată. Reacția individului la refuz sau la critică se poate manifesta prin lăsarea precoce a lucrului, uzul excesiv de substanțe sau etalarea altor răspunsuri comportamentale dezadaptative semnificative clinic. Poate exista, de asemenea, o evitare a relațiilor, datorată fricii de rejecție interpersonală. A fi atins ocazional ori hiperemotiv nu trebuie să fie etichetat ca o manifestare a sensibilității la rejecție interpersonală. Tulburările de personalitate (de ex., tulburarea de personalitate evitantă) și tulburările anxioase (de ex.,anxietatea de separare, fobia specifică sau fobia socială) pot fi mai frecvente la cei cu elemente atipice. Datele de laborator asociate cu episodul depresiv major cu elemente melancolice nu sunt prezente în general în asociere cu un episod cu elemente atipice.

Elementele atipice sunt de două sau trei ori mai frecvente la femei. Indivizii cu elemente atipice relatează o etate mai precoce la debutul episoadelor lor depresive (de ex., în timp ce sunt la liceu) și au mai frecvent o evoluție mai cronică, mai puțin episodică, cu recuperare interepisodică parțială doar. Este foarte posibil ca indivizii mai tineri să prezinte episoade cu elemente atipice, iar cei mai în etate să aibă episoade cu elemente melancolice. Episoadele cu elemente atipice sunt mai frecvente în tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II și în tulburarea depresivă majoră recurentă, survenind în pattern sezonier. Episoadele depresive cu elemente atipice este posibil să răspundă mai bine la tratamentul cu inhibitori de monoaminooxidază decât la antidepresivele triciclice. Valoarea predictivă a elementelor atipice este mai puțin clară în cazul tratamentelor mai noi, cum ar fi cele cu inhibitori ai recaptării serotoninei sau psihoterapiile interpersonale sau cognitive.

### Criteriile pentru specificantul „Cu Elemente Atipice"

*De specificat* dacă:

**Cu elemente atipice** (poate fi aplicat când aceste elemente predomină în cursul celor mai recente 2 săptămâni ale unui episod depresiv major în tulburarea depresivă majoră sau în tulburarea bipolară I, ori în tulburarea bipolară II, când episodul depresiv major este cel mai recent tip de episod afectiv ori când aceste elemente predomină în cursul celor mai recenți 2 ani de tulburare distimică; dacă nu estre prezent episodul depresiv major, specificantul se aplică dacă elementele predomină în cursul oricărei perioade de 2 săptămâni.

A. Reactivitatea dispoziției (adică, dispoziție euforică drept răspuns la evenimente pozitive actuale sau eventuale).

B. Două (sau mai multe) dintre următoarele elemente:
(1) plus ponderal semnificativ sau apetit crescut,
(2) hipersomnie,
(3) paralizie „ca de plumb" (adică, senzații de greutate, „de plumb", în brațe sau în picioare),
(4) pattern durabil de sensibilitate la rejecția interpersonală (nelimitată la episoadele de perturbare afectivă) care duce la o deteriorare socială sau profesională semnificativă.

C. În cursul aceluiași episod nu sunt satisfăcute criteriile pentru „cu elemente melancolice" ori „cu elemente catatonice".

## Specificantul „Cu Debut Postpartum"

Specificantul „Cu debut postpartum" poate fi aplicat episodului depresiv major, maniacal sau mixt, curent (sau, dacă nu mai sunt satisfăcute criteriile complete pentru un episod depresiv major, maniacal sau mixt, celui mai recent) din tulburarea depresivă majoră, tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II sau tulburarea psihotică scurtă (pag. 329), dacă debutul are loc în decurs de 4 săptămâni după nașterea unui copil. În general, simptomatologia unui episod depresiv major, maniacal sau mixt postpartum nu diferă de simptomatologia episoadelor afective nonpostpartum. Simptomele care sunt comune episoadelor cu debut în postpartum, deși nu sunt specifice debutului postpartum, include fluctuațiile de dispoziție, labilitatea afectivă și preocupările referitoare la bunăstarea copilului, intensitatea acestora mergând de la preocupare exagerată la idei delirante patente. Prezența ruminațiilor severe sau a ideilor delirante referitoare la copil este asociată cu un risc crescut de vătămare a copilului.

Episoadele afective cu debut postpartum pot prezenta sau nu elemente psihotice Infanticidul este asociat cel mai adesea cu episoade psihotice postpartum caracterizate prin halucinații comandând uciderea copilului sau prin idei delirante de posedare a copilului, dar aceasta poate surveni și în episoadele afective severe postpartum fără acest fel de halucinații sau idei delirante. Episoadele afective (depresiv major, maniacal sau mixt) postpartum cu elemente psihotice par a

surveni în 1/500 până la 1/1000 de nașteri și pot fi mai frecvente la femeile primipare. Riscul de episoade postpartum cu elemente psihotice este extrem de crescut pentru femeile cu episoade afective postpartum anterioare, dar este, de asemenea, crescut și la cele cu istoric anterior de tulburare afectivă (în special de tulburare bipolară I). Odată ce o femeie a avut un episod postpartum cu elemente psihotice, riscul de recurență cu fiecare naștere următoare se situează între 30% și 50%. Există, de asemenea, unele indicii de risc crescut de episoade afective psihotice postpartum printre femeile fără un istoric de tulburări afective, dar cu istoric familial de tulburări bipolare. Episoadele postpartum trebuie să fie diferențiate de deliriumul survenind în perioada de postpartum care este caracterizat prin reducerea nivelului conștienței sau atenției.

Femeile cu episoade depresive majore postpartum prezintă adesea anxietate severă și chiar atacuri de panică. Atitudinile materne față de copil sunt extrem de variabile și pot include dezinteresul, frica de a rămâne singură cu copilul, sau o preocupare excesivă care deranjează liniștea necesară copilului. Este important să se distingă episoadele afective postpartum de „baby blues" (furia laptelui) care afectează până la 70% dintre femei în cursul primelor 10 zile postpartum, sunt tranzitorii și nu deteriorează funcționarea. Studiile prospective au demonstrat că simptomele afective și anxioase din cursul sarcinii și „baby blues" cresc riscul pentru un episod depresiv major postpartum. Un trecut personal de tulburare afectivă nonpostpartum și un istoric familial de tulburări afective cresc, de asemenea, riscul de apariție a unei tulburări afective postpartum. Factorii de risc, ratele de recurență și simptomele episoadelor afective cu debut postpartum sunt similare cu cele ale episoadelor afective nonpostpartum. Perioada de postpartum este însă unică referitor la gradul de alterări neuroendocrine și de adaptări psihosociale, impactul potențial al alăptării asupra planificării tratamentului și implicațiilor pe termen lung ale unui istoric de tulburare afectivă postpartum asupra planificării familiale ulterioare.

### Criteriile pentru specificantul „Cu Debut Postpartum"

*De specificat* dacă:

**Cu debut postpartum** (poate fi aplicat episodului curent sau celui mai recent episod depresiv major, maniacal sau mixt din tulburarea depresivă majoră sau din tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II, sau tulburării psihotice scurte).

Debutul episodului are loc în decurs de 4 săptămâni postpartum.

## Specificanții descriind Evoluția Episoadelor Recurente

Sunt prevăzuți un număr de specificanți pentru tulburările afective spre a crește specificitatea diagnostică și a crea subgrupuri mai omogene, a ajuta la alegerea tratamentului și a ameliora predicția prognostică. Specificanții care descriu evoluția episoadelor recurente includ specificanții evoluției longitudinale (cu sau fără

recuperare interepisodică completă), de pattern sezonier și ciclare rapidă. Acești specificanți nu pot fi codificați. Tabelul 2 indică specificanții de curs care se aplică fiecărei tulburări afective (vezi pag. 424).

**Tabelul 2.** Specificanții evoluției care se aplică tulburărilor afective

| | Cu/fără recuperare interepisodică | Pattern sezonier | Ciclare rapidă |
|---|---|---|---|
| Tulburarea depresivă majoră, episod unic | | | |
| Tulburarea depresivă majoră, recurentă | X | X | |
| Tulburarea distimică | | | |
| Tulburarea bipolară I, episod maniacal unic | | | |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod hipomaniacal | X | X | X |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod maniacal | X | X | X |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod mixt | X | X | X |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod depresiv | X | X | X |
| Tulburarea bipolară I, cel mai recent episod nespecificat | X | X | X |
| Tulburarea bipolară II, hipomaniacală | X | X | X |
| Tulburarea bipolară II, depresivă | X | X | X |
| Tulburarea ciclotimică | | | |

## Specificanții Evoluției Longitudinale (Cu și Fără Recuperare Interepisodică Completă)

Specificanții „Cu recuperare interepisodică completă" și „Fără recuperare interepisodică completă" sunt prevăzuți pentru a ajuta la caracterizarea cursului maladiei la indivizii cu tulburare depresivă majoră recurentă, tulburare bipolară I sau tulburare bipolară II. Acești specificanți trebuie să se aplice perioadei de timp dintre cele mai recente două episoade. Caracterizarea evoluției este apoi augmentată prin notarea prezenței tulburării distimice antecedente.

Cele patru reprezentări grafice de mai jos ilustrează evoluțiile tipice. *A* prezintă evoluția tulburării depresive majore recurente, în care nu există tulburare distimică anterioară și în care, de asemenea, există o perioadă de remisiune completă între episoade. Acest pattern de evoluție are cel mai bun prognostic. *B* prezintă evoluția tulburării depresive majore recurente în care nu există tulburare distimică anterioară, dar în care simptome proeminente persistă între cele două episoade mai recente, adică, este atinsă nu mai mult decât o remisiune parțială. *C* prezintă patternul rar (prezent la mai puțin de 3% dintre indivizii cu tulburare depresivă majoră) de tulburare depresivă majoră recurentă, cu tulburare distimică anterioară, dar cu recuperare interepisodică completă între cele mai recente două episoade. *D* prezintă evoluția tulburării depresive majore recurente, în care există o tulburare distimică antecedentă, dar în care nu există nici o perioadă de remisiune completă între cele mai recente două episoade. Acest pattern, denumit frecvent „depresie dublă" (vezi pag. 377), este observat la aproximativ 20%–25% dintre indivizii cu tulburare depresivă majoră.

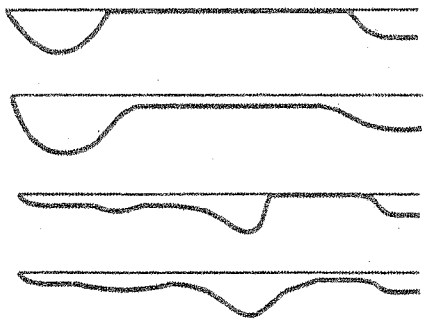
În general, indivizii cu un istoric de „fără recuperare interepisodică completă" prezintă o persistență a acestui pattern între episoadele următoare. De asemenea, ei par a avea foarte probabil mai multe episoade depresive majore decât cei cu recuperare interepisodică completă. Tulburarea distimică anterioară primului episod de tulburare depresivă majoră, este foarte posibil să fie asociată ulterior cu lipsa recuperării interepisodice complete. Acești specificanți pot fi aplicați, de asemenea, perioadei de timp dintre cele mai recente două episoade în tulburarea bipolară I sau tulburarea bipolară II, pentru a indica prezența sau absența simptomatologiei afective.

A. Recurentă, cu recuperare interepisodică completă, fără tulburare distimică.

B. Recurentă, fără recuperare interepisodică completă, fără tulburare distimică.

C. Recurentă, cu recuperare interepisodică completă, suprapusă peste tulburarea distimică (de asemenea, se codifică și 300.4).

D. Recurentă, fără recuperare interepisodică completă, suprapusă peste tulburarea distimică (de asemenea, se codifică și 300.4).



## Criteriile pentru Specificanții Evoluției Longitudinale

*De specificat* dacă: (poate fi aplicat la tulburarea depresivă majoră recurentă, la tulburarea bipolară I sau II):

**Cu recuperare interepisodică completă**: dacă remisiunea completă este atinsă între cele mai recente două episoade afective;
**Fără remisiune interepisodică completă**: dacă remisiunea completă nu este atinsă între cele mai recente două episoade afective.

## Specificantul „Cu Pattern Sezonier"

Specificantul „Cu pattern sezonier" poate fi aplicat patternului episoadelor depresive majore din tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II sau tulburarea depresivă majoră recurentă. Elementul esențial îl constituie debutul și remisiunea episoadelor depresive majore în anumite perioade caracteristice ale anului. În cele mai multe cazuri, episoadele încep toamna sau iarna și se remit primăvara. Mai rar, pot exista și episoade depresive recurente, vara. Acest patten de debut și remisiune a episoadelor trebuie să fi survenit în cursul ultimilor 2 ani, fără nici un fel de episoade nonsezoniere survenind în această perioadă. În afară de aceasta, episoadele depresive sezoniere trebuie să depășească substanțial din punct de vedere numeric orice fel de episoade depresive nonsezoniere din cursul vieții individului. Acest specificant nu se aplică în acele situații în care patternul este explicat mai bine de stresorii psihosociali în raport cu sezonul (de ex., șomajul sezonier sau calendarul școlar). Episoadele depresive majore care survin în pattern sezonier se caracterizează adesea prin anergie notabilă, hipersomnie, mâncat excesiv de mult, plus ponderal și dorința de a mânca hidrați de carbon. Nu este clar dacă patternul sezonier este mai frecvent în tulburarea depresivă majoră recurentă ori în tulburările bipolare. În cadrul grupului tulburărilor bipolare, însă, patternul sezonier pare a fi mai probabil în tulburarea bipolară II decât în tulburarea bipolară I. La unii indivizi, debutul episoadelor maniacale sau hipomaniacale poate fi, de asemenea, în raport cu un anumit sezon. Strălucirea luminii din spectrul vizibil utilizată în tratament poate fi asociată cu comutări în episoade maniacale sau hipomaniacale.

Prevalența patternului sezonier de tip hivernal pare a varia cu latitudinea, etatea și sexul. Etatea este, de asemenea, un predictor puternic al sezonalității, persoanele mai tinere fiind expuse unui risc mai mare de episoade depresive hibernale. Femeile constituie 60%–90% dintre persoanele cu pattern sezonier, însă nu este clar faptul dacă sexul feminin este un factor de risc specific în plus față de riscul asociat cu tulburarea depresivă majoră recurentă. Deși acest specificant se aplică apariției sezoniere de episoade depresive majore complete, unele cercetări sugerează că un pattern sezonier poate ilustra tabloul clinic la unii indivizi cu episoade depresive hibernale recurente care nu satisfac criteriile pentru un episod depresiv major.

### Criteriile pentru specificantul „Cu Pattern Sezonier"

*De specificat* dacă:

**Cu pattern sezonier** (poate fi aplicat patternului episoadelor depresive majore din tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II sau tulburarea depresivă majoră recurentă).

A. Există o relație temporală regulată între debutul episoadelor depresive majore din tulburarea bipolară I sau tulburarea bipolară II, ori tulburarea depresivă recurentă, și o anumită perioadă a anului (de ex., apariția regulată a episodului depresiv major toamna sau iarna).

**Notă**: Nu se includ cazurile în care există un efect evident al stresorilor psihosociali în raport cu sezonul (de ex., a fi în mod regulat fără serviciu în fiecare iarnă).

B. Remisiuni complete (sau schimbare din depresie în manie sau hipomanie) survin, de asemenea, într-o anumită perioadă a anului (de ex., depresia dispare primăvara).

C. În ultimii 2 ani, au survenit două episoade depresive majore, ceea ce demonstrează relațiile temporale sezoniere definite la criteriile A și B, și nu au survenit nici un fel de episoade depresive majore nonsezoniere în cursul aceleiași perioade.

D. Episoadele depresive majore cu caracter sezonier (așa cum au fost descrise mai sus) depășesc substanțial ca număr episoadele depresive majore fără caracter sezonier care au putut surveni în cursul vieții individului.

## Specificantul „Cu Ciclare Rapidă"

Specificantul „Cu ciclare rapidă" poate fi aplicat tulburării bipolare I sau tulburării bipolare II. Elementul esențial al unei tulburări bipolare cu ciclare rapidă îl constituie apariția a patru sau mai multe episoade afective în cursul celor 12 luni anterioare. Aceste episoade pot surveni în orice combinație și ordine. Episoadele trebuie să satisfacă, atât durata, cât și criteriile simptomatologice pentru episodul depresiv major, maniacal, mixt sau hipomaniacal, și trebuie să fie demarcate, fie printr-o perioadă de remisiune completă, fie printr-o comutare la un episod de polaritate opusă. Episoadele maniacal, hipomaniacal și mixt sunt considerate ca fiind la același pol (de ex., un episod maniacal, urmat imediat de un episod mixt este considerat un singur episod în raport cu specificantul cu ciclare rapidă). Cu excepția faptului că apar mai frecvent, episoadele care apar într-un pattern de ciclare rapidă nu sunt diferite de cele care apar într-un pattern fără ciclare rapidă. Episoadele afective care contează pentru definirea unui pattern de ciclare rapidă exclud acele episoade cauzate direct de o substanță (de ex., cocaina, corticosteroizii) sau de o condiție medicală generală.

Ciclarea rapidă survine la aproximativ 10%–20% dintre persoanele cu tulburare bipolară întâlnite în clinicile de tulburări afective. În timp ce în tulburarea bipolară, în general, rata sexului este egală, femeile reprezintă 70%–90% dintre indivizii cu

un pattern de ciclare rapidă. Episoadele afective nu sunt în raport cu nici o fază a ciclului menstrual și apar atât la femeile în premenopauză, cât și la cele în postmenopauză. Ciclarea rapidă poate fi asociată cu hipotiroidismul, anumite condiții neurologice (de ex., scleroza multiplă), retardarea mentală, traumatismele craniene sau tratamentul antidepresiv. Ciclarea rapidă poate surveni oricând în cursul tulburării bipolare și poate apare și dispare, în special, dacă este asociată cu utilizarea de antidepresive. Dezvoltarea unei ciclări rapide este asociată cu un prognostic mai sever pe termen lung.

## Criteriile pentru specificantul „Cu Ciclare Rapidă"

*De specificat* dacă:

**Cu ciclare rapidă** (poate fi aplicat tulburării bipolare I și tulburării bipolare II).

Cel puțin patru episoade de perturbare afectivă care satisfac criteriile pentru un episod depresiv major, maniacal, mixt sau hipomaniacal, în cele 12 luni anterioare.

**Notă**: Episoadele sunt demarcate fie prin remisiune parțială sau completă pentru cel puțin 2 luni, fie printr-o comutare la un episod de polaritate opusă (de ex., de la un episod depresiv major la un episod maniacal).

# Tulburările Anxioase

În această secțiune sunt conținute următoarele tulburări: panica fără agorafobie, panica cu agorafobie, agorafobia fără istoric de panică, fobia specifică, fobia socială, tulburarea obsesivo-compulsivă, stresul posttraumatic, stresul acut, anxietatea generalizată, tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale, tulburarea anxioasă indusă de o substanță și tulburarea anxioasă fără altă specificație. Deoarece atacurile de panică și agorafobia survin în contextul multora dintre aceste tulburări, seturile de criterii pentru atacul de panică și pentru agorafobie sunt menționate separat, la începutul acestei secțiuni.

Un **atac de panică** este o perioadă discretă în care există debutul brusc al unei aprehensiuni, frici sau terori intense, asociate adesea cu senzația de moarte iminentă. În cursul acestor atacuri sunt prezente simptome, cum ar fi scurtarea respirației, palpitațiile, durerea sau disconfortul precordial, senzațiile de sufocare sau de strangulare și frica de „a nu înebuni" sau de a nu pierde controlul.

**Agorafobia** este anxietatea referitoare la, sau evitarea de locuri sau situații din care scăparea poate fi dificilă (sau jenantă) sau în care ajutorul poate să nu fie accesibil, în eventualitatea unui atac de panică sau de simptome similare panicii.

**Panica fără agorafobie** se caracterizează prin atacuri de panică recurente, inopinate, în legătură cu care există o preocupare persistentă. Panica cu agorafobie se caracterizează atât prin atacuri de panică recurente inopinate, cât și prin agorafobie.

**Agorafobia fără istoric de panică** se caracterizează prin prezența agorafobiei și a simptomelor similare panicii, fără un istoric de atacuri de panică inopinate.

**Fobia specifică** se caracterizează printr-o anxietate semnificativă clinic provocată de expunerea la un anumit obiect sau situație temută, ducând adesea la un comportament de evitare.

**Fobia socială** se caracterizează printr-o anxietate semnificativă clinic provocată de expunerea la anumite tipuri de situații sociale sau de performanță, ducând adesea la un comportament de evitare.

**Tulburarea obsesivo-compulsivă** se caracterizează prin obsesii (care cauzează o anxietate sau detresă marcată) și/sau prin compulsii (care servesc la neutralizarea anxietății).

**Stresul posttraumatic** se caracterizează prin reexperientarea unui eveniment traumatic extrem, acompaniată de simptome de excitație crescută și de evitare a stimulilor asociați cu trauma.

**Stresul acut** se caracterizează prin simptome similare celor ale stresului posttraumatic care apar imediat, ca urmare a unui eveniment traumatic extrem.

**Anxietatea generalizată** se caracterizează prin cel puțin 6 luni de anxietate și preocupare excesivă și persistentă.

**Tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale** se caracterizează prin simptome proeminente de anxietate, considerate a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.

**Tulburarea anxioasă indusă de o substanță** se caracterizează prin simptome proeminente de anxietate, considerate a fi consecința fiziologică directă a unui drog de abuz, a unui medicament sau expunerii la un toxic.

**Tulburarea anxioasă, fără altă specificație** este inclusă pentru codificarea tulburărilor cu anxietate sau evitare fobică marcată care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre tulburările anxioase specifice definite în această secțiune (sau simptomele anxioase în legătură cu care există informații inadecvate sau contradictorii).

Deoarece anxietatea de separare (caracterizată prin anxietate în legătură cu separarea de figurile parentale) apare de regulă în copilărie, aceasta este inclusă în secțiunea „Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență" (vezi pag. 121). Evitarea fobică limitată la contactul sexual genital cu un partener sexual este clasificată ca aversiune sexuală și este inclusă în secțiunea „Tulburările sexuale și de identitate sexuală" (vezi pag. 541).

## Atacul de Panică

### Elemente

Deoarece atacurile de panică survin în contextul oricărei tulburări anxioase ca și al altor tulburări mentale (de ex., tulburările afective, tulburările în legătură cu o substanță ) și al unor condiții medicale generale (de ex., cardiace, respiratorii, vestibulare, gastrointestinale), textul și setul de criterii pentru atacul de panică sunt prezentate separat în această secțiune.

Caracteristica esențială a unui atac de panică o constituie o perioadă distinctă de frică sau de disconfort intens, acompaniată de cel puțin 4 dintre 13 simptome somatice sau cognitive. Simptomele pot fi somatice sau de natură cognitivă și includ palpitațiile, transpirația, tremorul sau trepidația, senzația de scurtare a respirației sau de strangulare, senzația de sufocare, durere sau disconfort precordial, greață sau detresă abdominală, amețeală sau vertij, derealizare sau depersonalizare, frica de a nu-și pierde controlul sau de „a nu înebuni", frica de moarte, parestezii, frisoane sau valuri de căldură. Atacul debutează brusc și escaladează rapid până la intensitatea sa maximă (de regulă în 10 minute sau mai puțin) și este adesea acompaniat de sentimentul de pericol sau de moarte iminentă și de dorința de a scăpa. Anxietatea caracteristică atacului de panică poate fi diferențiată de anxietatea generalizată prin natura sa aproape paroxistică, distinctă și severitatea sa de regulă mai mare. Atacurile care satisfac toate celelalte criterii, dar care au mai puțin de 4 simptome somatice sau cognitive sunt denumite atacuri cu simptome limitate.

Există trei tipuri caracteristice de atacuri de panică: inopinate (nesemnalizate), circumscrise situațional (semnalizate) și predispuse situațional. Fiecare tip de atac de panică este definit printr-un set diferit de relații între debutul atacului și prezența sau absența declanșatorilor situaționali care pot include semnale fie externe (de ex., un individ cu claustrofobie are un atac în timp ce se află într-un ascensor oprit între etaje) sau interni (de ex., cogniții catastrofice referitoare la consecințele palpitațiilor cardiace). **Atacurile inopinate (nesemnalizate) de panică** sunt definite ca fiind acelea pentru care individul nu asociază debutul cu un declanșator situațional intern sau extern (adică, atacul este perceput ca survenind

spontan, „din senin". **Atacurile de panică circumscrise (semnalizate) situațional** sunt definite ca fiind acelea în care survin aproape invariabil la expunerea, sau la anticiparea expunerii la un semnal sau declanșator situațional (de ex., o persoană cu fobie socială are un atac de panică la participarea sau la ideea că va trebui să vorbească la o întrunire publică ). **Atacurile de panică predispuse situațional** sunt similare cu atacurile de panică circumscrise situațional, dar nu sunt asociate invariabil cu semnale și nu survin necesarmente imediat după expunere (de ex., atacurile este foarte posibil să apară în timp ce conduce, dar există dăți când individul conduce și nu are atac de panică sau dăți când atacul de panică survine după ce a condus o jumătate de oră .

Indivizii care solicită asistență medicală pentru atacurile de panică vor descrie de regulă frica drept intensă și relatează că ei se gândesc că sunt pe punctul de a muri, de a-și pierde controlul, de a avea un atac de cord sau un ictus, ori de „a înnebuni". De regulă, ei relatează, de asemenea, dorința imperioasă de a fugi oriunde din locul în care a survenit atacul. Atacurile recurente de panică inopinate devin cu timpul circumscrise sau predispuse situațional, deși atacuri inopinate pot persista.

Apariția de atacuri de panică inopinate este cerută pentru diagnosticul de panică (cu sau fără agorafobie). Atacurile circumscrise și atacurile predispuse situațional sunt frecvente în panică, dar pot surveni și în contextul altor tulburări anxioase și în cel al altor tulburări mentale. De exemplu, atacurile de panică circumscrise situațional sunt experientate de majoritatea indivizilor cu fobie socială (de ex., persoana experientează un atac de panică de fiecare dată când trebuie să vorbească în public) și cu fobii specifice (de ex., o persoană cu fobie de câini, experientează un atac de panică ori de câte ori întâlnește un câine care latră ) pe când atacurile de panică predispuse situațional survin de regulă în anxietatea generalizată (de ex., după ce a văzut la televizor programe noi care anunță un declin economic, persoana devine extrem de preocupată de finanțele sale și intră într-un atac de panică) și stresul post traumatic (de ex., victima unui viol experientează uneori atacuri de panică atunci când este confruntată cu amintirile evenimentului traumatic, cum ar fi vederea unui bărbat care-i amintește de atacatorul său).

În precizarea semnificației diagnostice diferențiale a unui atac de panică, este important să se ia în considerație contextul în care apar atacurile de panică. Distincția intre atacurile inopinate și atacurile de panică circumscrise situațional și predispuse situațional este esențială, deoarece atacurile de panică inopinate recurente sunt cerute pentru diagnosticul de panică (vezi pag. 433). A stabili dacă un istoric de atacuri de panică justifică diagnosticul de panică este însă complicat de faptul că nu totdeauna există o relație exclusivă între tipul de atac de panică și diagnostic. De exemplu, deși diagnosticul de panică necesită, prin definiție, ca cel puțin unele dintre atacurile de panică să fie inopinate, indivizii cu panică relatează frecvent că au atacuri circumscrise situațional sau predispuse situațional. Ca atare, considerarea atentă a focarului anxietății asociate cu atacurile de panică, este, de asemenea, importantă în efectuarea diagnosticului diferențial. Spre ilustrare, să considerăm cazul unei femei care un atac de panică înainte de a vorbi la o întrunire publică. Dacă această femeie afirmă că focarul anxietății sale este faptul că ea poate muri printr-un atac iminent de cord, și dacă sunt satisfăcute și alte criterii de diagnostic, ea poate avea panică. Dacă, pe de altă parte, această femeie afirmă că focarul anxietății sale nu este atacul de panică în sine, ci teama de a nu fi pusă în

dificultate sau umilită, atunci este posibil ca această femeie să aibă fobie socială. Problemele de diagnostic controversate, referitoare la cazurile de limită, sunt discutate în secțiunile de „Diagnostic diferențial" ale textelor pentru tulburările în care pot apare atacuri de panică.

## Criteriile de diagnostic pentru Atacul de Panică

**Notă**: Un atac de panică nu este o tulburare codificabilă. Se codifică diagnosticul specific în care survin atacurile de panică (de ex., 300.21 Panică cu agorafobie [pag. 441].

O perioadă distinctă de frică intensă sau de disconfort în care patru (sau mai multe) dintre următoarele simptome apar brusc și ating culmea în decurs de 10 minute:

(1) palpitații, bătăi puternice ale inimii sau accelerarea ritmului cardiac;
(2) transpirații;
(3) tremor sau trepidație;
(4) senzații de scurtare a respirației sau de strangulare;
(5) senzație de sufocare;
(6) durere sau disconfort precordial;
(7) greață sau detresă abdominală;
(8) senzație de amețeală, dezechilibru, vertij sau leșin;
(9) derealizare (sentimentul de irealitate) sau depersonalizare (detașare de sine însuși);
(10) frica de pierdere a controlului sau de a nu înnebuni;
(11) frica de moarte;
(12) parestezii (senzații de amorțeală sau de furnicături);
(13) frisoane sau valuri de căldură

# Agorafobia

## Elemente

Pentru că agorafobia survine în contextul panicii cu agorafobie și al agorafobiei fără istoric de panică, textul și setul de criterii pentru agorafobie sunt prezentate separat în această secțiune. Elementul esențial al agorafobiei îl constituie anxietatea în legătură cu faptul de a se afla în locuri sau în situații din care scăparea poate fi dificilă (sau jenantă), sau în care nu este accesibil ajutorul în eventualitatea unui atac de panică (vezi pag. 430) ori a unor simptome similare panicii (de ex., frica de a nu avea un atac subit de amețeală ori un atac de diaree) (criteriul A). Anxietatea duce de regulă la o evitare pervasivă a unei diversități de situații care pot include a fi singur în afara casei, sau a fi singur acasă , a te afla într-o mulțime, a călători cu automobilul, autobuzul sau avionul ori a te afla pe un pod sau într-un ascensor. Unii indivizi sunt capabili să se expună ei înșiși situațiilor temute, dar îndură aceste experiențe cu o teamă considerabilă. Adesea individul este mai capabil să se confrunte cu situația temută când este însoțit de un companion (criteriul B). Evitarea de către indivizi a situațiilor le poate deteriora acestora capacitatea de a se deplasa la serviciu ori de a-și îndeplini responsabilitățile domestice (de ex., mersul

la cumpărături, ducerea copiilor la medic). Anxietatea sau evitarea fobică nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (criteriul C). Diagnosticul diferențial, pentru a distinge agorafobia de fobia socială și de fobia specifică, precum și de anxietatea de separare severă poate fi dificil, deoarece toate aceste condiții se caracterizează prin evitarea anumitor situații. Problemele de diagnostic controversate pentru cazurile de limită sunt discutate în secțiunile de „Diagnostic diferențial" ale textelor pentru tulburările în care comportamentul evitant este un element esențial sau asociat.

## Criteriile de diagnostic pentru Agorafobie

**Notă:** Agorafobia nu este o tulburare codificabilă. Se codifică tulburarea specifică în care apare agorafobia [de ex., 300.21 Panică cu agorafobie (pag. 441) sau 300.22 Agorafobie fără istoric de panică (pag. 441)].

A. Anxietate în legătură cu a te afla în locuri sau situații din care scăparea este dificilă (sau jenantă) ori în care nu poate fi accesibil ajutorul în eventualitatea unui atac de panică inopinat sau predispus situațional, ori a unor simptome similare panicii. Fricile agorafobice implică de regulă grupe de situații care includ faptul de a te afla singur în afara casei, a te afla în mulțime sau a sta la rând, a te afla pe un pod și a călători cu autobuzul, trenul sau automobilul.

   **Notă:** Se ia în considerație diagnosticul de fobie specifică, dacă evitarea este limitată la una sau numai la câteva situații specifice, ori cel de fobie socială, dacă evitarea este limitată la situații sociale.

B. Situațiile sunt evitate (de ex., călătoriile sunt restrânse) sau chiar sunt îndurate cu o detresă marcată ori cu anxietatea de a nu avea un atac de panică sau simptome similare panicii, ori necesită prezența unui companion.

C. Anxietatea sau evitarea fobică nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală, cum ar fi fobia socială (de ex., evitarea limitată la situațiile sociale din cauza fricii de punere în dificultate), fobia specifică (de ex., evitarea limitată la o singură situație, cum ar fi ascensoarele), tulburarea obsesivo-compulsivă (de ex., evitarea murdăriei, la cineva cu obsesia contaminării), stresul posttraumatic (de ex., evitarea stimulilor asociați cu un stresor sever), sau anxietatea de seaparare (de ex., evitarea abandonării casei sau a rudelor).

# Panica

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al panicii îl constituie prezența de atacuri de panică inopinate, recurente (vezi pag. 430), urmate de cel puțin o lună de preocupare persistentă în legătură cu faptul de a nu avea un alt atac de panică, teamă în legătură cu posibilele implicații sau consecințe ale atacurilor de panică ori o modificare semnificativă de comportament în raport cu atacurile (criteriul A). Atacurile de panică nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., intoxicației cu cafeină) ori ale unei condiții medicale generale (de ex.,

hipertiroidismul) (criteriul C). În fine, atacurile de panică nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de fobia specifică sau socială, tulburarea obsesivo-compulsivă, stresul posttraumatic sau anxietatea de separare) (criteriul D). În funcție de faptul dacă sunt satisfăcute sau nu criteriile pentru agorafobie (vezi pag. 433), este diagnosticată , fie 300.21 Panică cu agorafobie, fie 300.01 Panică fără agorafobie (criteriul B).

Un atac de panică inopinat (spontan, nesemnalizat) este definit ca unul care nu este asociat imediat cu un declanșator situațional (adică, survine „din senin"). Declanșatorii situaționali pot include stimuli care sunt fie externi (de ex., un obiect sau situație fobică ) sau interni (de ex., excitația fiziologică) pentru individ. În unele cazuri, deși un declanșator situațional este evident pentru clinician, acesta poate să nu fie ușor de identificat de către individul care experientează atacul de panică. De exemplu, un individ poate să nu identifice imediat excitația fiziologică crescută indusă de de o cameră caldă, neaerisită, sau senzația de leșin produsă de statul ghemuit ca declanșatori pentru un atac de panică și ca atare astfel de atacuri sunt considerate pe moment ca fiind inopinate. Sunt cerute cel puțin două atacuri de panică inopinate pentru a pune diagnosticul, dar cei mai mulți indivizi au de regulă mai multe. Indivizii cu panică au, de asemenea, și atacuri de panică predispuse situațional (adică, atacuri care survin foarte probabil la expunerea la un declanșator situațional, dar nu sunt asociate în mod constant cu acesta). Atacurile circumscrise situațional (adică, atacurile care survin aproape constant și imediat la expunerea la un declanșator situațional) pot apare, de asemenea, dar sunt mai puțin frecvente.

Frecvența și severitatea atacurilor de panică variază foarte mult. De exemplu, unii indivizi au frecvent atacuri moderate (de ex., unul pe săptămână) care survin regulat timp de luni de zile, odată. Alții relatează că au scurte accese de atacuri mai frecvente (de ex., zilnic, timp de o săptămână), separate prin săptămâni sau luni fără nici un fel de atacuri sau cu atacuri mai puțin frecvente (de ex., două atacuri în fiecare lună), timp de mulți ani. Atacurile limitate ca simptome (adică, atacurile care sunt identice cu atacurile de panică „complete", cu excepția faptului că anxietatea sau frica subită este acompaniată de mai puțin de 4 dintre cele 13 simptome adiționale) sunt foarte frecvente la indivizii cu panică. Deși distincția dintre atacurile de panică și atacurile limitate ca simptome este oarecum arbitrară, atacurile de panică complete sunt asociate cu o morbiditate mai mare (de ex., o utilizare mai mare a serviciilor de asistență medicală, o deteriorare funcțională mai mare, o calitate a vieții mai rea. Cei mai mulți indivizi care au atacuri limitate ca simptome au avut atacuri de panică complete la un moment dat în cursul tulburării.

Indivizii cu panică manifestă preocupări sau interpretă ri în legătură cu implicațiile sau consecințele atacurilor de panică. Unii se tem de faptul că atacurile indică prezența unei maladii nediagnosticate care le pericliteză viața (de ex., o maladie cardiacă, o criză epileptică). În dispretul testărilor medicale repetate și al reasigurărilor, ei rămân temători și sceptici în legătură cu faptul că nu au o maladie care să le pună viața în pericol. Alții se tem că atacurile de panică sunt un indiciu al faptului că ei vor „înneboni", își vor pierde controlul sau că sunt vulnerabili emoțional. Unii indivizi cu atacuri de panică recurente își modifică în mod semnificativ comportamentul (de ex., își abandonează serviciul) ca răspuns la atacuri, dar neagă teama de a nu avea un alt atac sau preocupările referitoare la consecințele atacurilor lor de panică. Preocupările referitoare la atacul următor ori la implicațiile sale sunt asociate adesea cu apariția unui comportament de evitare care poate satisface criteriile pentru agorafobie (vezi pag. 433), în care caz este diagnosticată panica cu agorafobie.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Pe lângă preocuparea în legătură cu atacurile de panică și implicațiile lor, mulți indivizi cu panică relatează, de asemenea, o anxietate constantă sau intermitentă care nu este centrată pe o anumită situație sau eveniment. Alții devin excesiv de temători în legătură cu consecințele activităților sau experiențelor rutiniere, în special ale celor referitoare la sănătate sau la separarea de ființa iubită. De exemplu, indivizii cu panică anticipează adesea un deznodământ catastrofic dintr-un simptom somatic ușor sau dintr-un efect secundar al unui medicament (de ex., ideea că o cefalee indică o tumoră cerebrală sau o criză hipertensivă). Astfel de indivizi sunt adesea mult mai puțin toleranți la efectele secundare ale medicamentelor și necesită în general o reasigurare continuă în scopul luării medicamentelor. La indivizii al căror atac de panică nu a fost tratat sau a fost diagnosticat eronat, convingerea că ei au o maladie nedetectată care le pune în pericol viața poate duce, atât la o anxietate cronică debilitantă, cât și la la consultații excesive în unitățile de asistență medicală. Acest pattern poate fi perturbant, atât emoțional, cât și financiar.

În unele cazuri, pierderea sau ruperea relațiilor interpersonale importante (de ex., plecarea de acasă sau viața pe propriile speze, divorțul) este asociată cu debutul sau exacerbarea panicii. Demoralizarea este o consecință comună, cu mulți indivizi devenind descurajați, jenați și nefericiți în legătură cu îndeplinirea rutinelor lor normale. Ei atribuie adesea această problemă unei lipse de „forță" sau de „caracter". Această demoralizare se poate generaliza la domenii dincolo de problemele specifice în raport cu panica. Acești indivizi pot absenta frecvent de la serviciu sau de la școală pentru vizite la doctor sau la camerele de gardă, care pot duce la șomaj sau la abandonarea școlii.

Procentele de tulburarea depresivă majoră comorbidă variază foartemult, mergând de la 10% la 65% indivizii cu panică. La aproximativ o treime dintre indivizii cu ambele tulburări, depresia precede debutul panicii. În restul de două treimi, depresia survine concomitent cu, sau după debutul panicii. Un subset de indivizi își tratează anxietatea cu alcool sau cu medicamente, iar unii dintre ei pot dezvolta o tulburare în legătură cu o substanță, drept consecință.

Comorbiditatea cu alte tulburări anxioase este, de asemenea, frecventă, în special în mediile clinice și la indivizii cu agorafobie mai severă. Fobia socială și anxietatea generalizată au fost raportate la 15%–30% dintre indivizii cu panică, fobia specifică la 2%–20%, iar tulburarea obsesivo-compulsivă în până la 10%. Deși literatura sugerează că stresul posttraumatic a fost constatat la 2%-10% dintre indivizii cu panică, unele date sugerează că procentele pot fi mai mari când simptomele posttraumatice sunt cercetate sistematic. Anxietatea de separare în copilărie a fost asociată cu această tulburare. Comorbiditatea și suprapunerea simptomelor cu hipocondria sunt frecvente.

**Date de laborator asociate.** Nu au fost identificate nici un fel de date de laborator care să aibă valoare diagnostică pentru panică. S-a observat însă, că o serie de date de laborator sunt anormale la grupele de indivizi cu atacuri de panică în raport cu subiecții de control. Unii indivizi cu panică prezintă semne de alcaloză respiratorie compensată (adică, scăderea concentrației bioxidului de carbon și bicarbonatului, cu un pH aproape normal). Atacurile de panică,

drept răspuns la infuzia de lactat de sodiu sau la inhalarea de bioxid de carbon, sunt mai frecvente în panică decât la subiecții de control sau la indivizii cu anxietate generalizată .

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** O tahicardie tranzitorie și o creștere moderată a presiunii sanguine sistolice pot surveni în cursul unor atacuri de panică. O serie de studii au identificat o comorbiditate semnificativă între panică și numeroase condiții și simptome medicale generale incluzând, dar nu limitate la acestea, aritmiile cardiace, hipertiroidismul, maladia pulmonară obstructivă cronică și sindromul colonului iritabil. Natura asocierii (adică, relația cauză-efect) dintre panică și aceste condiții rămâne însă neclară. Deși o serie de studii au sugerat că atât prolapsul valvei mitrale, cât și maladia tiroidiană sunt mai frecvente printre indivizii cu panică decât în populația generală, alte studii nu au constatat nici o diferență în prevalență.

## Elemente specifice culturii și sexului

În unele culturi, atacurile de panică pot comporta o frică intensă de farmece sau de magie. Panica, așa cum este descrisă aici, a fost reperată în studiile epidemiologice din întreaga lume. În afară de aceasta, un număr de condiții incluse în „Glosarul sindromelor circumscrise cultural" (vezi anexa I) pot fi în legătură cu panica. Unele grupuri etnice sau culturale restrâng participarea femeilor la viața publică, și acest fapt trebuie distins de agorafobie. Panica fără agorafobie este diagnosticată de două ori, iar panica cu agorafobie de trei ori mai des la femei decât la bărbați.

## Prevalență

Deși ratele prevalența pe viață ale panicii (cu sau fără agorafobie) pe eșantioane comunitare au fost raportate a fi de peste 3,5%, cele mai multe studii au raportat rate de prevalență de 1%-2%. Ratele de prevalență pe un an variază între 0,5 % și 1,5%. Ratele de prevalență ale panicii în eșantioanele clinice sunt considerabil mai mari. De exemplu, panica este diagnosticată la 10% dintre indivizii trimiși pentru evaluarea stării de sănătate mentală. În unitățile medicale generale, ratele de prevalență variază între 10% și 30% în clinicile de ORL (tulburări vestibulare), pneumologie și neurologie, și cresc până la 60% în clinicile de cardiologie. Aproximativ o treime până la jumătate dintre indivizii diagnosticați cu panică în eșantioanele comunitare au, de asemenea, agorafobie, cu toate că un procent mult mai mare de agorafobie este întâlnit în eșantioanele clinice.

## Evoluție

Etatea la debut a panicii variază considerabil, dar cel mai frecvent se situează între ultima parte a adolescenței și mijlocul anilor 30. Poate exista o distribuție bimodală cu un pic în ultima parte a adolescenței și cu un al doilea pic, mai mic, la mijlocul anilor 30. Un mic număr de cazuri încep în copilărie, iar debutul după etatea de 45 de ani este inuzual, dar poate surveni. Descrierile retrospective ale indivizilor văzuți în condiții clinice sugerează că evoluția uzuală este cronică, dar cu ameliorări și agravări. Unii indivizi pot avea accese episodice, cu ani de

remisiune între ele, iar alții pot avea o simptomatologie severă continuă. Atacurile cu simptome limitate sunt mai frecvente, dacă evoluția panicii este cronică . Deși agorafobia poate surveni oricând, debutul său are loc de regulă în primul an de la apariția atacurilor de panică recurente. Evoluția agorafobiei și relația sa cu evoluția atacurilor de panică sunt variabile. În unele cazuri, o reducere sau remisiune a atacurilor de panică poate fi urmată strâns de o reducere corespunzătoare a evitării agorafobice și a anxietății. În altele, agorafobia poate deveni cronică, indiferent de prezența sau absența atacurilor de panică. Unii indivizi relatează că ei pot reduce frecvența atacurilor de panică prin evitarea anumitor situații. Studiile de urmărire naturală a indivizilor tratați în unități de cură terțiară (care pot selecta pentru un grup de prognostic sever) sugerează că la 6–10 ani după tratament, aproximativ 30% dintre indivizi sunt bine, 40%–50% sunt ameliorați, dar simptomatici, iar restul de 20%–30% au simptome care sunt aceleași sau chiar mai severe.

## Pattern familial

Este posibil ca rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu panică să prezinte panică de 8 ori mai mult (decât populația generală ). S-a constatat că dacă panica debutează înainte de etatea de 20 ani, este posibil ca rudele de gradul I să aibă panică de 20 de ori mai mult (decât populația generală). În condiții clinice însă, jumătate până la trei sferturi dintre indivizii cu panică nu au nici o rudă biologică de gradul I afectată. Studiile pe gemeni indică o contribuție genetică la dezvoltarea panicii.

## Diagnostic diferențial

Diagnosticul de panică nu se pune dacă atacurile de panică sunt considerate a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale, caz în care este diagnosticată o **tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale** (vezi pag. 476). Exemplele de condiții medicale generale care pot cauza atacuri de panică includ hipertiroidismul, hiperparatiroidismul, feocromocitomul, disfuncțiile vestibulare, crizele epileptice și condițiile cardiace (de ex., aritmiile, tahicardia supraventriculară). Testele de laborator adecvate (de ex., concentrațiile calciului seric pentru hiperpatiroidism) sau examinările somatice (de ex., pentru condițiile cardiace) pot fi utile în precizarea rolului etiologic al unei condiții medicale generale. De asemenea, panica nu este diagnosticată, dacă atacurile de panică sunt considerate a fi consecința fiziologică directă a unei substanțe (adică, a unui drog de abuz, a unui medicament), în care caz este diagnosticată o **tulburare anxioasă indusă de o substanță** (vezi pag. 479). Intoxicația cu stimulante ale sistemului nervos central (de ex., cu cocaină, amfetamine, cafeină) sau cu cannabis și abstinența de deprimante ale sistemului nervos central (de ex., alcoolul, harbituricele) pot precipita un atac de panică. Dacă însă, atacurile de panică continuă să survină și înafara contextului de uz de o substanță (de ex., mult timp după ce efectele intoxicației sau abstinenței au încetat), trebuie să fie luat în considerație diagnosticul de panică. În plus, deoarece panica precede uzul de o substanță la unii indivizi și poate fi asociată cu un uz crescut de o substanță în scop de automedicație, trebuie luat un istoric detaliat pentru a stabili dacă individul a avut un atac de panică anterior uzului excesiv de substanță. Dacă acesta este cazul, trebuie luat în considerație un

diagnostic de dependență sau abuz de o substanță. Elemente, cum ar fi debutul după etatea de 45 de ani sau prezența de simptome atipice în cursul unui atac de panică (de ex., vertij, pierderea cunoștinței, pierderea controlului vezicii urinare sau intestinului gros, cefalei, dizartrie sau amnezie) sugerează posibilitatea ca o condiție medicală generală sau o substanță să fie cauza simptomelor atacului de panică.

Panica trebuie să fie distinsă de alte tulburări mentale (de ex., de **alte tulburări anxioase** și de **tulburările psihotice**) care au ca element asociat atacuri de panică. Prin definiție, panica este caracterizată prin atacuri de panică inopinate (spontane, nesemnalizate, „din senin"). Așa cum s-a discutat anterior (vezi pag. 430), există trei tipuri de atacuri de panică — inopinate, circumscrise situațional și predispuse situațional. Prezența de atacuri de panică inopinate recurente, fie inițial, fie mai târziu în cursul evoluției, este necesară pentru diagnosticul de panică. Din contra, atacurile de panică survenind în contextul altor tulburări anxioase sunt circumscrise situațional sau predispuse situațional [de ex., în **fobia socială** sunt declanșate de situații sociale; în **fobia specifică** sunt declanșate de un obiect sau de o situație; în **anxietatea generalizată** sunt declanșate de preocupare; în **tulburarea obsesivo-compulsivă** sunt declanșate de expunerea la un obiect sau situație în legătură cu o obsesie (de ex., expunerea la murdărie a cuiva cu obsesia contaminării); în **stresul posttraumatic** sunt declanșate de stimuli care amintesc stresorul]. În unele cazuri, individul poate avea dificultăți în identificarea semnalelor declanșatoare ale atacului de panică .

De exemplu, un individ cu stres posttraumatic poate avea un atac de panică declanșat de cogniții sau simptome fiziologice similare cu acelea care survin în cursul evenimentului traumatic (de exemplu, aritmii cardiace, sentiment de detașare). Aceste simptome pot să nu fie asociate ușor de către individ cu evenimentul declanșant. Dacă atacurile de panică survin numai în situații care pot fi asociate cu evenimentul traumatic, atunci atacurile de panică trebuie să fie atribuite stresului posttraumatic. De exemplu, la o persoană care a fost violată în timp ce se afla singură acasă și care experimentează atacuri de panică numai când nu se află nimeni în jur, trebuie luat în considerare diagnosticul de stres posttraumatic în locul diagnosticului de panică. Dacă însă persoana experimentează atacuri de panică inopinate și în alte situații, atunci trebuie luat în considerare diagnosticul adițional de panică.

Focalizarea anxietății ajută, de asemenea, la diferențierea panicii cu agorafobie de alte tulburări caracterizate prin comportamente de evitare. Evitarea agorafobică este asociată cu anxietatea referitoare la posibilitatea de a nu avea un atac de panică sau senzații similare panicii, pe când evitarea în alte tulburări este asociată cu o preocupare referitoare la consecințele negative sau dăunătoare datorate obiectului sau situației temute (de ex., frica de scrutare, de umilire și de punere în dificultate, în fobia socială; căderea dintr-un loc înalt în fobia specifică de înălțimi; separarea de părinți în **anxietatea de separare**; persecuția în **tulburarea delirantă**).

Diferențierea fobiei specifice de tip situațional, de panica cu agorafobie poate fi extrem de dificilă, deoarece ambele tulburări pot include atacuri de panică și de evitare la aceleași tipuri de situații (de ex., la condus, zbor, transport public, spații închise).Tipic, panica cu agorafobie este caracterizată prin debutul inițial al unor atacuri de panică inopinate și evitarea ulterioară a numeroase situații considerate a

fi posibili declanșatori ai atacurilor de panică. Tipic, fobia specifică de tip situațional, este caracterizată prin evitare situațională, în absența unor atacuri de panică inopinate recurente. Unele tablouri clinice cad între aceste patternuri și necesită judecata clinică în alegerea celui mai adecvat diagnostic. Patru factori pot fi utili în efectuarea acestei judecăți: focarul anxietății, tipul și numărul atacurilor de panică, numărul situațiilor evitate și nivelul anxietății intercurente. De exemplu, un individ, căruia mai înainte nu-i era frică de ascensoare sau nu le evita, are un atac de panică într-un ascensor și începe să se teamă să mai meargă la serviciu, pentru că este obligat să ia ascensorul până la biroul său de la etajul 24. Dacă acest ins are în continuare atacuri de panică numai în ascensoare (chiar dacă focarul anxietății este atacul de panică), atunci un diagnostic de fobie specifică poate fi mai adecvat. Dacă, însă, individul experientează atacuri de panică inopinate în alte situații, și începe să evite sau să îndure cu teamă alte situații din cauza anticipării anxioase a unui atac de panică, atunci poate fi justificat un diagnostic de panică cu agorafobie. În afară de aceasta, prezența unei aprehensiuni pervasive în legătură cu faptul de a avea un atac de panică, chiar când nu anticipează expunerea la o situație fobică, justifică, de asemenea, diagnosticul de panică cu agorafobie. Dacă individul are atacuri de panică inopinate ulterioare în alte situații, dar nu dezvoltă în plus nici evitare sau îndurarea cu teamă, atunci diagnosticul adecvat ar putea fi panica fără agorafobie. Dacă focarul evitării nu este în legătură cu faptul de a avea un atac de panică, ci interesează alte catastrofe (de ex., un traumatism datorat ruperii cablului unui ascensor), atunci poate fi luat în considerație diagnosticul adițional de fobie specifică.

În mod similar, distincția dintre fobia socială și panica cu agorafobie poate fi dificilă, în special când există numai evitarea situațiilor sociale. De exemplu, indivizii cu panică cu agorafobie și cei cu fobie socială pot evita ambii situațiile de îmbulzeală (de ex., centrele comerciale mari, reuniunile de societate). Focarul anxietății și tipul de atacuri de panică pot fi utile în efectuarea acestei distincții. De exemplu, un individ care nu a avut anterior frica de a vorbi în public, are un atac de panică în timp ce ține o conferință, și începe să se teamă să nu se dea în spectacol. Dacă ulterior, acest individ are atacuri de panică numai la situații de funcționare socială și dacă aceste atacuri sunt însoțite de frica de a nu fi pus în dificultate și umilit, atunci poate fi oportun diagnosticul de fobie socială. Dacă însă, individul continuă să experienteze atacuri de panică inopinate și în alte situații, atunci ar putea fi justificat diagnosticul de panică cu agorafobie. Indivizii cu fobie socială se tem de scrutare, și au rar un atac de panică când sunt singuri, pe când indivizii cu panică cu agorafobie pot fi mai anxioși în situațiile în care trebuie să se afle fără un companion de încredere. În afară de aceasta, atacurile de panică nocturne care deșteaptă un individ din somn sunt caracteristice panicii.

Când sunt satisfăcute criteriile, atât pentru panică, cât și pentru altă tulburare anxioasă sau afectivă, trebuie să fie diagnosticate ambele tulburări. Dacă însă, apar atacuri inopinate de panică în contextul altei tulburări (de ex., tulburarea depresivă majoră sau anxietatea generalizată), dar nu sunt acompaniate timp de o lună sau mai mult de teama de a nu avea atacuri ulterioare, de preocupări asociate sau de o modificare de comportament, diagnosticul adițional de panică nu este pus. Pentru că indivizii cu panică își pot autotrata simptomele, tulburările comorbide în legătură cu o substanță (cel mai adesea în legătură cu cannabisul, alcoolul și cocaina) nu sunt rare.

## Criteriile de diagnostic pentru 300.01 Panica fără Agorafobie

A. Atât (1), cât și (2):

(1) atacuri de panică inopinate recurente (vezi pag. 432);
(2) cel puțin unul dintre atacuri a fost urmat timp de o lună (sau mai mult) de unul (sau mai multe) dintre următoarele:

(a) preocupare persistentă în legătură cu faptul de a nu avea atacuri ulterioare;
(b) teamă în legătură cu implicațiile atacului sau cu consecințele sale (de ex., teama de a nu-și pierde controlul, de a nu avea un atac de cord sau „de a nu înnebuni");
(c) o modificare semnificativă de comportament în legătură cu atacurile.

B. Absența agorafobiei (vezi pag. 433).

C. Atacurile de panică nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

D. Atacurile de panică nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală, cum ar fi fobia socială (de ex., apariție la situații sociale temute), fobia specifică (de ex., la expunerea la o situație fobică specifică), tulburarea obsesivo-compulsivă (de ex., la expunerea la murdărie a cuiva cu obsesia contaminării), stresul posttraumatic (de ex., ca răspuns la stimulii asociați cu un stresor sever), sau anxietatea de separare (de ex., ca răspuns la a fi departe de casă sau de rudele apropiate).

### Criteriile de diagnostic pentru 300.01 Panică cu Agorafobie

A. Atât (1), cât și (2):

(1) atacuri de panică inopinate recurente (vezi pag. 432);
(2) cel puțin unul dintre atacuri a fost urmat timp de o lună (sau mai mult) de unul (sau mai multe) dintre următoarele:
(a) preocupare persistentă în legătură cu faptul de a nu avea atacuri ulterioare;
(b) teamă în legătură cu implicațiile atacului sau cu consecințele sale (de ex., teama de a nu-și pierde controlul, de a nu avea un atac de cord, „de a nu înnebuni");
(c) o modificare semnificativă de comportament în legătură cu atacurile.

B. Prezența agorafobiei (vezi pag. 433).

C. Atacurile de panică nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

D. Atacurile de panică nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală , cum ar fi fobia socială (de ex., apariția la expunerea la situații sociale temute), fobia specifică (de ex., la expunerea la o situație fobică specifică), tulburarea obsesivo-compulsivă (de ex., expunerea la murdărie a cuiva cu obsesia contaminării), stresul posttraumatic (de ex., ca răspuns la stimulii asociați cu un stresor sever) sau anxietatea de separare (de ex., ca răspuns la a fi departe de casă sau de rudele apropiate).

## 300.22 Agorafobia fără istoric de Panică

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale agorafobiei fără istoric de panică sunt similare cu cele ale panicii cu agorafobie, cu excepția faptului că frica este centrată pe apariția unor simptome similare panicii extrem de incomodante sau incapacitante ori a unor atacuri cu simptome limitate decât pe atacuri de panică complete. Indivizii cu această tulburare au agorafobie (vezi pag. 433) (criteriul A). Simptomele „similare panicii" includ pe oricare dintre cele 13 simptome menționate la atacul de panică (vezi pag. 432) sau alte simptome care pot fi incapacitante sau incomodante (de ex., pierderea controlului vezicii urinare, vomatul în public). De exemplu, un individ se poate teme să nu aibă o cefalee sau simptome cardiace severe și să nu existe posibilitatea să i se acorde ajutor.

Pentru a fi desemnat pentru acest diagnostic, criteriile complete pentru panică nu trebuie să fi fost satifăcute niciodată (criteriul B), iar simptomele nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (criteriul C). Dacă este

prezentă o condiție medicală generală asociată (de ex., o condiție cardiacă), frica de a fi incapacitat sau pus în dificultate de apariția simptomelor (de ex., de leșin) este clar în exces față de cea care este asociată de regulă cu condiția (criteriul D). Când este pus un diagnostic de agorafobie fără istoric de panică, trebuie să ne asigurăm că evitarea este caracteristică agorafobiei și nu poate fi explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (de ex., fobia specifică sau fobia socială) sau de pe axa II (de ex., tulburarea de personalitate evitantă ).

## Elemente specifice culturii și sexului

Unele grupuri culturale sau etnice restrâng participarea femeilor la viața publică, și acest fapt trebuie să fie distins de agorafobie. Această tulburare este diagnosticată, de departe, mult mai frecvent la femei decât la bărbați.

## Prevalență

În condiții clinice, aproape toți indivizii (peste 95%) care prezintă agorafobie au, de asemenea, un diagnostic curent (sau istoric) de panică. Din contra, prevalența agorafobiei fără istoric de panică pe eșantioanele epidemiologice a fost raportată ca fiind mai mare decât cea pentru panica cu agorafobie. Problemele referitoare la evaluare par a fi exagerat însă procentele raportate în studiile epidemiologice. Mai recent, indivizii dintr-un studiu epidemiologic cărora le-a fost pus diagnosticul de agorafobie fără istoric de panică, au fost reevaluați de clinicieni utilizând scheme de interviuri standardizate. S-a constatat că majoritatea prezentau fobii specifice și nu agorafobie.

## Evoluție

Se știe relativ puțin despre evoluția agorafobiei fără istoric de panică. Date de istoric sugerează că unele cazuri pot persista timp de ani și pot fi asociate cu o deteriorare considerabilă.

## Diagnostic diferențial

Agorafobia fără istoric de panică se distinge de **panica cu agorafobie** prin absența unui istoric de atacuri de panică inopinate și recurente. Evitarea în agorafobia fără istoric de panică rezultă din frica de incapacitate sau umilire datorată simptomelor similare panicii, subite, imprevizibile, mai curând decât din frica de un atac complet de panică, așa cum este cazul în panica cu agorafobie. Diagnosticul de panică cu agorafobie rămâne adecvat în cazurile în care atacurile de panică se remit, dar agorafobia continuă să fie experientată.

Alte motive de evitare trebuie, de asemenea, să fie distinse de agorafobia fără istoric de panică. În **fobia socială**, indivizii evită situațiile sociale sau de funcționare în care ei se tem că pot acționa într-un mod umilitor sau jenant. În **fobia specifică**, indivizii evită obiectul sau situația specifică temută. În **tulburarea depresivă majoră**, indivizii pot evita să plece de acasă din cauza apatiei, pierderii energiei și anhedoniei. Fricile de persecuție (ca în **tulburarea delirantă**) și fricile de contaminare (ca în **tulburarea obsesivo-compulsivă**) pot duce, de asemenea, frecvent la evitare. În **anxietatea de separare**, copiii evită situațiile care-i duc departe de casă sau de rudele apropiate.

Indivizii cu anumite condiții medicale generale pot evita unele situații din cauza **preocupărilor reale** în legătură cu faptul de a nu fi incapacitați (de ex., leșinul la un individ cu atacuri ischemice tranzitorii) sau de a fi puși în dificultate (de ex., diareea la un individ cu maladie Chron). Diagnosticul de agorafobie fără istoric de panică trebuie să fie pus, numai dacă frica sau evitarea este clar în exces față de cea asociată de regulă cu condiția medicală generală.

### Criteriile de diagnostic pentru 300.22 Agorafobia fără istoric de Panică

A. Prezența agorafobiei (vezi pag. 433) în legătură cu frica de apariție a unor simptome similare panicii (de ex., amețeală sau diaree).

B. Nu au fost satisfăcute niciodată criteriile pentru panică (vezi pag. 440).

C. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori unei condiții medicale generale.

D. Dacă este prezentă o condiție medicală generală asociată, frica descrisă la criteriul A este clar în exces față de cea asociată de regulă cu condiția.

## 300.29 Fobia Specifică (*anterior*, Fobia Simplă)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al fobiei specifice îl constituie frica marcată și persistentă de obiecte sau situații circumscrise, care pot fi recunoscute clar (criteriul A). Expunerea la stimulul fobic provoacă invariabil un răspuns anxios imediat (criteriul B). Acest răspuns poate lua forma unui atac de panică circumscris situațional sau predispus situațional (vezi pag. 430). Cu toate că adolescenții și adulții cu această tulburare recunosc că frica lor este excesivă și nejustificată (criteriul C), acesta poate să nu fie cazul cu copiii. Cel mai adesea, stimulul fobic este evitat, deși uneori este îndurat cu teamă (criteriul D). Diagnosticul este adecvat, numai dacă evitarea, frica sau anticiparea anxioasă a întâlnirii stimulului fobic interferează semnificativ cu rutina cotidiană a persoanei, cu funcționarea profesională sau viața socială, ori dacă persoana este detresată considerabil de faptul de a avea o fobie (criteriul E). La indivizii sub etatea de 18 ani, simptomele trebuie să fi persistat cel puțin 6 luni înaintea diagnosticării fobiei specifice (criteriul F). Anxietatea, atacurile de panică sau evitarea fobică nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de tulburarea obsesivo-compulsivă, stresul posttraumatic, anxietatea de separare, fobia socială, panica cu agorafobie sau agorafobia fără istoric de panică) (criteriul G).

Individul experientează o frică marcată , persistentă și excesivă sau nejustificată când se află în prezența, ori când anticipează o întâlnire cu un obiect sau situație specifică. Frica poate fi centrată pe prejudiciul anticipat produs de un aspect al

obiectului sau situației (de ex., un individ se poate teme de o călătorie cu avionul din cauza faptului că este preocupat de căderea avionului, se poate teme de câini din cauza preocupărilor în legătură cu faptul de a fi mușcat ori se teme să conducă din cauza preocupărilor în legătură cu faptul că ar putea fi lovit de alte vehicule pe stradă). Fobiile specifice pot implica, de asemenea, preocupări în legătură cu pierderea controlului, panicarea, manifestă rile somatice ale anxietă ții și fricii (cum ar fi creșterea ritmului cardiac sau scurtarea respirației) și leșinul, care pot surveni la expunerea la obiectul temut. De exemplu, indivizii care se tem de sânge și de plăgi pot fi, de asemenea, preocupați și de posibilitatea apariției unui leșin; indivizii cărora le este frică de înălțimi pot fi, de asemenea, preocupați de amețeală, iar cei care se tem de situații de spații închise pot fi, de asemenea, preocupați de faptul de a nu-și pierde controlul și de a nu vocifera. Aceste preocupări pot fi extrem de puternice în tipul situațional de fobie specifică .

Anxietatea este aproape constant simțită imediat la confruntarea cu stimulul fobic (de ex., o persoană cu o fobie specifică de pisici va avea aproape constant un răspuns anxios imediat când este forțată să se confrunte cu o pisică). Nivelul anxietății sau fricii variază de regulă în funcție, atât de gradul de apropiere de stimulul fobic (de ex., frica se intensifică pe măsură ce pisica se apropie și diminuă pe măsură ce pisica se depărtează), cât și de gradul în care este limitată scăparea de stimulul fobic (de ex., frica se intensifică pe măsură ce ascensorul se apropie de jumătatea drumului dintre etaje și diminuă când se deschide ușa la etajul următor). Intensitatea fricii poate să nu fie însă totdeauna în raport predictibil cu stimulul fobic (de ex., o persoană care se teme de înălțimi poate experienta grade diferite de frică, atunci când traversează același pod în ocazii diferite). Uneori, atacuri de panică autentice sunt experientate ca răspuns la stimuli fobici, în special când persoana trebuie să rămână în situație sau crede că scăparea este imposibilă. Ocazional, atacurille de panică sunt întârziate și nu apar imediat la confruntarea cu stimulul fobic. Această întârziere este mai probabilă în tipul situațional. Deoarece o anxietate anticipatorie intensă survine când persoana este confruntată cu necesitatea de a intra într-o situație fobică, astfel de situații sunt de regulă evitate. Mai rar, persoana se forțează să îndure situația fobică, dar aceasta este experientată cu o anxietate intensă.

Adulții cu această tulburare recunosc că fobia este excesivă sau nejustificată . Diagnosticul va fi cel de tulburare delirantă în loc de fobie specifică la un individ care evită un ascensor din cauza convingerii că acesta a fost sabotat și care nu recunoaște că frica sa este excesivă și nejustificată. În afară de aceasta, diagnosticul nu va fi pus dacă frica este motivată, dat fiind contextul de stimuli (de ex., frica de a nu fi împușcat într-un perimetru de vânătoare sau într-un cartier periculos). Conștientizarea naturii excesive sau nejustificate a fricii tinde să crească cu etatea și nu este necesară pentru a pune diagnosticul la copii.

Fricile de obiecte sau de situații circumscrise sunt foarte frecvente, în special în copilă rie, dar în multe cazuri gradul de deteriorare este insuficient pentru a justifica un diagnostic. Dacă fobia nu interferează semnificativ cu funcționarea individului sau nu cauzează o detresă marcată, diagnosticul nu este pus. De exemplu, o persoană căreia îi este frică de șerpi până la punctul de a manifesta o frică intensă în prezența șerpilor, nu va primi diagnosticul de fobie specifică dacă trăiește într-o zonă lipsită de șerpi, nu-și restrânge activitatea de frica șerpilor și nu este detresată de faptul că-i este frică de șerpi.

## Subtipuri

Următoarele subtipuri pot fi specificate pentru a indica centrarea fricii sau evitării în fobia specifică (de ex., fobie specifică de tip de animale):

**De animale.** Acest subtip trebuie să fie specificat dacă frica este provocată de animale sau insecte. Acest subtip are în general debutul în copilărie.
**De mediu natural.** Acest subtip trebuie să fie specificat dacă frica este provocată de obiecte din mediul natural, cum ar fi furtunile, înălțimile sau apa. Acest subtip are în general debutul în copilărie.
**De sânge–injecții–plăgi.** Acest subtip trebuie specificat dacă frica este provocată de vederea sângelui sau a unei plăgi, ori de administrarea unei injecții sau a altor proceduri medicale invasive. Acest subtip este extrem de frecvent și se caracterizează adesea printr-un răspuns vasovagal puternic.
**De situații.** Acest subtip trebuie să fie specificat dacă frica este provocată de o anumită situație, cum ar fi transportul public, tunelele, podurile, ascensoarele, zborul, condusul sau spațiile închise. Acest subtip are o distribuție bimodală a etății la debut, cu un pic în copilărie și cu un altul la jumă tatea anilor 20. Acest subtip pare a fi similar cu panica cu agorafobie sub raportul caracteristicilor sale în legătură cu ratele sexului, patternul de agregare familială și etatea la debut.
**De alt tip.** Acest subtip trebuie să fie specificat dacă frica este provocată de alți stimuli. Acești stimuli pot include frica ori evitarea situațiilor care pot duce la sufocare, vomă sau contractarea unei maladii; fobia de „spațiu" (adică, individul se teme să nu cadă jos, dacă se află departe de un perete sau de alte mijloace de suport fizic) și fricile copiilor de sunete puternice sau de persoane în uniformă.

Frecvența subtipurilor în serviciile clinice pentru adulți, de la cel mai frecvent până la cel mai rar, este următoarea: situațional, de mediu natural, de sânge–injecții–plăgi și de animale. Studiile pe eșantioane comunitare prezintă un pattern ușor diferit, cu fobia de înălțimi, de păianjeni, șoareci și insecte mai frecvente și cu fobiile de alte animale sau de alte elemente ale mediului natural, cum ar fi furtunile, tunetele și fulgerele mai puțin frecvente. Fobia de situații de spații închise (un tip situațional de fobie) poate fi mai frecventă la bătrâni. În multe cazuri, este prezent mai mult decât un singur subtip de fobie specifică. Faptul de a avea o fobie de un subtip specific tinde să crească probabilitatea de a avea o altă fobie din cadrul aceluiași subtip (de ex., frica de pisici și de șerpi). Când există mai mult decât un singur subtip de fobie, trebuie să fie menționate toate (de ex., fobie specifică, de animale și de mediu natural).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Fobia specifică poate duce la un stil de viață restrâns ori interferează cu anumite ocupații, în funcție de tipul de fobie. De exemplu, promovarea în funcție la serviciu poate fi amenințată de evitarea călătoriilor cu avionul, iar activitățile sociale pot fi restrânse de frica de locuri aglomerate sau de spații închise. Fobiile specifice apar concomitent cu alte tulburări anxioase, tulburări afective sau tulburări în legătură cu o substanță. De exemplu, în eșantioanele comunitare, procentul coapariției cu alte tulburări

merge de la 50% la 80%, aceste procente putând fi mai mari printre indivizii cu fobii specifice cu debut precoce. În condiții clinice, fobiile specifice sunt foarte frecvent diagnostice comorbide cu alte tulburări. În aceste situații însă, fobiile specifice sunt rar centrul atenției. Fobia specifică este asociată de regulă cu mai puțină detresă sau interferează mai puțin cu funcționarea decât principalele diagnostice comorbide. În general, se estimează că numai 12%-30% dintre indivizi solicită asistență medicală pentru fobiile lor specifice. În absența altor diagnostice, solicitarea asistenței medicale pentru fobiile specifice este foarte posibilă în fobiile cu deteriorare funcțională mai mare (de ex., fobiile de obiecte sau de situații care sunt întâlnite frecvent). Din contra, indivizii cu frici absurde de plăgi sângerânde, de proceduri medicale și condiții medicale este posibil să solicite mai puțin ajutor pentru fobii.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Un răspuns vasovagal constând din leșin este caracteristic fobiei specifice de tip sânge–injecții–plăgi; aproximativ 75% dintre astfel de indivizi relatează un istoric de leșin în aceste situații. Răspunsul fiziologic este caracterizat printr-o scurtă accelerare inițială a ritmului cardiac și creștere a presiunii sanguine, urmată de o decelerare a ritmului cardiac și de o scădere a presiunii sanguine care contrastează cu accelerarea uzuală a ritmului cardiac și creșterea presiunii sanguine din alte fobii specifice. Anumite condiții medicale generale pot fi exacerbate ca urmare a evitării fobice. De exemplu, fobiile specifice de tipul sânge–injecții–plăgi pot avea efecte dăunătoare asupra sănătății dentare sau somatice, deoarece individul poate evita obținerea asistenței medicale necesare. În mod similar, frica de sufocare poate avea efecte dăunătoare asupra sănătății, când alimentația este redusă la substanțe ușor de înghițit ori când medicația orală este evitată.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Conținutul fobiilor variază în funcție de cultură și de etnie. De exemplu, fricile de magie sau de spirite sunt prezente în multe culturi și trebuie să fie considerate fobie specifică, numai dacă frica este excesivă în contextul culturii respective și cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă. Fobiile specifice pot fi mai frecvente la straturile socioeconomice inferioare, deși datele sunt mixte.

La copii, anxietatea poate fi exprimată prin exclamații, accese coleroase, stupefacție sau agățare de ceva. Adesea, copiii nu recunosc că fricile lor sunt excesive sau nejustificate și relatează rar detresa în legătură cu faptul că au fobii. Fricile de animale și de alte obiecte din mediul natural sunt extrem de frecvente și de regulă sunt tranzitorii în copilărie. Un diagnostic de fobie specifică nu este justificat decât dacă fricile duc la o deteriorare semnificativă clinic (de ex., refuzul de a merge la școală din cauza fricii de a nu întâlni un câine pe stradă).

În general, rata femei/bărbați cu fobii specifice este de aproximativ 2:1, chiar la cei mai în etate. Rata sexului variază a transverso prin diferitele tipuri de fobii specifice. Aproximativ 75%–90% dintre indivizii cu tipul de animale și de mediu natural sunt femei (cu excepția fricii de înălțimi, în care procentajul de femei este de 55%–70%). La fel, aproximativ 75%–90% dintre indivizii cu tipul situațional sunt femei. Aproximativ 55%–70% dintre indivizii cu tipul sânge–injecții–plăgi sunt femei.

## Prevalență

Deși fobiile sunt frecvente în populația generală, ele duc rar la o deteriorare sau detresă suficientă care să justifice un diagnostic de fobie specifică. Prevalența raportată poate varia în funcție de pragul utilizat pentru determinarea deteriorării sau detresei și numărul de tipuri de fobie examinate. Pe eșantioanele comunitare, ratele de prevalență curentă merg de la 4% la 8,8%, iar ratele de prevalență pe viață merg de la 7,2% la 11,3%. Ratele de prevalență scad la cei mai în etate. De asemenea, estimările prevalenței variază pentru diferite tipuri de fobii specifice.

## Evoluție

Primele simptome ale fobiei specifice apar în copilă rie sau la începutul adolescenței și survin la o etate mai mică la femei decât la bărbați. De asemenea, etatea medie la debut variază în funcție de tipul de fobie specifică. Etatea la debut pentru fobia specifică de tip situațional tinde a fi distribuită bimodal, cu un pic în copilărie și cu un al doilea pic la mijlocul anilor 20. Fobiile specifice de mediu natural (de ex., fobia de înălțimi) tind a începe în special în copilărie, deși multe cazuri noi de fobie de înălțime apar precoce în viața adultă. Etatea la debut pentru fobiile specifice de animale și pentru fobiile specifice de sânge–injecții–plăgi se situează, de asemenea, în copilărie. Frica de un stimul este prezentă de regulă cu câtva timp înainte de a deveni suficient de detresantă și deteriorantă spre a fi considerată fobie specifică .

Factorii predispozanți la debutul fobiilor specifice includ evenimente traumatice (ca de ex., a fi atacat de un animal sau închis într-un dulap), atacurile de panică inopinate în situații de temut, observarea unora care suferă un traumatism sau care arată că le este frică (cum ar fi vederea unora care cad de la înălțime sau cărora le este frică în prezența unor animale) și informațiile transmise (de ex., avertismentele părintești repetate în legătură cu periculozitatea anumitor animale sau relatările din mass media despre căderile de avioane). Obiectele sau situațiile temute tind a implica lucruri care realmente pot reprezenta o amenințare sau au reprezentat o amenințare la un moment dat în cursul evoluției umane. Fobiile care rezultă din evenimente traumatice sau atacuri de panică inopinate tind a fi extrem de acute în dezvoltarea lor. Fobiile de origine traumatică nu au o etate caracteristică de debut (de ex., teama de sufocare care urmează de regulă unui incident de sufocare sau aproape de sufocare, poate apare aproape la orice etate). Fobiile specifice din adolescență cresc șansele, fie de persistență a fobiei specifice, fie de apariție a unor fobii suplimentare în viața adultă, dar nu predictează apariția altor tulburări. Fobiile care persistă în viața adultă se remit numai rar (în aproximativ 20% din cazuri).

## Pattern familial

Există un risc crescut pentru fobiile specifice la membrii de familie ai celor cu fobii specifice. De asemenea, există unele date care sugerează că poate exista o agregare în familii după tipul de fobie (de exemplu, rudele biologice de gradul I ale persoanelor cu fobii specifice de animale este posibil să aibă fobii de animale, deși nu în mod necesar de același animal, iar rudele biologice de gradul I ale persoanelor cu fobii specifice de tip situațional este posibil să aibă fobii de situații). Fricile de sânge și de plăgi au patternuri familiale extrem de puternice.

## Diagnostic diferențial

Fobiile specifice diferă de celelalte tulburări anxioase prin nivelele de anxietate intercurentă. De regulă, indivizii cu fobie specifică, contrar celor cu **panică cu agorafobie**, nu se prezintă cu anxietate pervasivă, deoarece frica lor este limitată la obiecte sau situații specifice, circumscrise. Poate apare însă o anticipare anxioasă generalizată în condițiile în care întâlnirile cu stimulul fobic devin foarte probabile (de ex., când o persoană care se teme de șerpi, se deplasează printr-o zonă de deșert) sau când evenimente de viață forțează la o confruntare imediată cu stimulul fobic (de ex., când o persoană care se teme să călătorească cu avionul este forțată de circumstanțe să o facă).

Diferențierea fobiei specifice de tip situațional de panica cu agorafobie poate fi extrem de dificilă, deoarece ambele tulburări pot include atacuri de panică și evitarea tipurilor de situații similare (de ex., condusul, zborul, transportul public și locurile închise). De regulă, panica cu agorafobie se caracterizează inițial prin debutul atacurilor de panică inopinate și ulterior prin evitarea a numeroase situații considerate a fi declanșatori posibili ai atacurilor de panică. Tipic, fobia specifică de tip situațional se caracterizează prin evitare situațională, în absența atacurilor de panică inopinate recurente. Unele tablouri clinice cad între aceste tipuri și este necesară judecata clinică pentru a selecta diagnosticul cel mai adecvat. Patru factori pot fi utili în efectuarea acestei judecăți, și anume: focarul fricii, tipul și numărul atacurilor de panică, numărul situațiilor evitate și nivelul de anxietate intercurentă. De exemplu, un individ, căruia mai înainte nu i-a fost frică sau nu a evitat ascensoarele, are un atac de panică într-un ascensor și începe să se teamă să mai meargă la serviciu din cauza necesității de a lua ascensorul până la biroul său de la etajul 24. Dacă acest individ are în continuare atacuri de panică numai în ascensoare (chiar dacă frica este centrată pe atacul de panică), atunci poate fi adecvat un diagnostic de fobie specifică. Dacă însă, individul experientează atacuri de panică inopinate în alte situații și începe să evite sau să îndure cu teamă alte situații din cauza fricii de un atac de panică, atunci este justificat diagnosticul de panică cu agorafobie. În afară de aceasta, prezența unei aprehensiuni pervasive în legătură cu faptul de a avea un atac de panică, chiar când nu anticipează expunerea la o situație fobică, susține, de asemenea, un diagnostic de panică cu agorafobie. Dacă individul are atacuri de panică inopinate ulterioare în alte situații, dar nu dezvoltă în plus evitare sau îndurare cu teamă, atunci diagnosticul adecvat trebuie să fie cel de panică fără agorafobie.

Uneori sunt justificate diagnostice concomitente de fobie specifică și de panică cu agorafobie. În aceste cazuri, luarea în considerație a focarului preocupării individului în legătură cu situația fobică poate fi utilă. De exemplu, evitarea faptului de a rămâne singur din cauza temerii de a nu avea atacuri de panică inopinate justifică diagnosticul de panică cu agorafobie (dacă și alte criterii sunt satisfăcute), pe când evitarea fobică ulterioară a unei călătorii cu avionul, dacă este datorată temerilor în legătură cu condițiile atmosferice rele și căderea avionului, poate justifica un diagnostic adițional de fobie specifică.

Fobia specifică și **fobia socială** pot fi diferențiate pe baza focalizării fricilor. De exemplu, evitarea faptului de a mânca într-un restaurant poate avea la bază temerile în legătură cu aprecierile negative din partea altora (adică, fobie socială), sau temerile în legătură cu sufocarea (adică, fobie specifică). Contrar evitării din fobia specifică, evitarea din **stresul posttraumatic** urmează unui stresor care amenință viața și este acompaniată de elemente în plus (de ex., reexperientarea

traumei și afectul coarctat). În **tulburarea obsesivo-compulsivă**, evitarea este asociată cu conținutul obsesiei (de ex., murdărie, contaminare). La indivizii cu **anxietate de separare**, nu se pune diagnosticul de fobie specifică, dacă comportamentul de evitare se limitează exclusiv la fricile de separarea de persoanele de care este atașat individul. În afară de aceasta, copiii cu anxietate de separare au adesea asociate frici exagerate de oameni sau de evenimente (de ex., de hoți, de spărgători, de răpitorii de copii, de accidente de automobil, de călătorie cu avionul) care pot amenința integritatea familiei. Un diagnostic separat de fobie specifică este rar justificat.

Diferențierea dintre **hipocondrie** și o fobie specifică de alt tip (adică, evitarea situațiilor care pot duce la contractarea unei maladii), depinde de prezența sau absența convingerii în existența maladiei. Indivizii cu hipocondrie sunt preocupați de frica de a avea o maladie, pe când indivizii cu fobie specifică se tem să nu contracteze o maladie (dar nu cred că aceasta este deja prezentă). La indivizii cu **anorexie nervoasă** și **bulimie nervoasă**, diagnosticul de fobie specifică nu este pus, dacă comportamentul de evitare este limitat exclusiv la evitarea alimentelor și a semnalelor în legătură cu alimentele. Un individ cu **schizofrenie** ori cu **altă tulburare psihotică** poate evita anumite activități ca răspuns la idei delirante, dar nu recunoaște că frica sa este excesivă sau nejustificată.

Fricile sunt foarte frecvente, în special în copilărie, dar ele nu justifică diagnosticul de fobie specifică decât dacă există o interferență semnificativă cu funcționarea socială, educațională sau profesională ori o detresă marcată în legătură cu faptul de a avea fobie.

## Criteriile de diagnostic pentru 300.29 Fobia Specifică

A. Frică marcată și persistentă, excesivă sau nejustificată, provocată de prezența sau anticiparea unui obiect sau situații specifice (de ex., zbor, înălțimi, animale, administrarea unei injecții, vederea sângelui).

B. Expunerea la stimulul fobic provoacă aproape în mod constant un răspuns anxios imediat care poate lua forma unui atac de panică circumscris situațional sau predispus situațional. **Notă:** La copii, anxietatea poate fi exprimată prin exclamații, accese coleroase, stupefacție sau agățare de ceva.

C. Persoana recunoaște că frica sa este excesivă sau nejustificată. **Notă:** La copii acest element poate fi absent.

D. Situația (situațiile) fobică este evitată sau îndurată cu anxietate sau detresă intensă.

E. Evitarea, anticiparea anxioasă ori detresa în situația (situațiile) temută(e) interferează semnificativ cu rutina normală a persoanei, cu activitatea profesională (sau școlară) ori cu activitățile sau relațiile sociale, ori există o detresă marcată în legătură cu faptul de a avea fobia.

F. La indivizii sub 18 ani, durata este de cel puțin 6 luni.

### Criteriile de diagnostic pentru 300.29 Fobia Specifică *(continuare)*

G. Anxietatea, atacurile de panică sau evitarea fobică asociată cu obiectul sau situația specifică nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală, cum ar fi tulburarea obsesivo-compulsivă (de ex., frica de murdărie, la cineva cu obsesie referitoare la contaminare), stresul posttraumatic (de ex., evitarea stimulilor asociați cu un stresor sever), anxietatea de separare (de ex., evitarea școlii), fobia socială (de ex., evitarea situațiilor sociale din cauza fricii de a nu fi pus în dificultate), panica cu agorafobie sau agorafobia fără istoric de panică.

*De specificat* tipul:
**de animale,**
**de mediu natural** (de ex., înălțimi, furtuni, apă),
**de sânge–injecții–plăgi,**
**de tip situațional** (de ex., de avioane, ascensoare, spații închise),
**de alt tip** (de ex., evitarea fobică a situațiilor care pot duce la sufocare, vomă sau contractarea unei maladii; la copii, evitarea sunetelor puternice sau a persoanelor în uniformă .

## 300.23 Fobia Socială (Anxietatea Socială)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al fobiei sociale îl constituie frica persistentă și marcată de situațiile sociale sau de performanță în care poate surveni o punere în dificultate (criteriul A). Expunerea la situația socială sau de performanță provoacă aproape în mod constant un răspuns anxios imediat (criteriul B). Acest răspuns poate lua forma unui atac de panică circumscris situațional sau predispus situațional (vezi pag. 430). Dacă adolescenții și adulții cu această tulburare recunosc că frica lor este excesivă sau nejustificată (criteriul C), acesta poate să nu fie cazul la copii. Cel mai adesea, situația socială sau de performanță este evitată, dar uneori este îndurată cu teamă (criteriul D). Diagnosticul este adecvat, numai dacă evitarea, frica ori anticiparea anxioasă a întâlnirii situației sociale sau de performanță interferează semnificativ cu rutina cotidiană a persoanei, cu funcționarea profesională sau viața socială, ori dacă persoana este marcat detresată de faptul că are fobia (criteriul E). La indivizii sub 18 ani, simptomele trebuie să fi persistat timp de cel puțin 6 luni înainte ca fobia socială să fie diagnosticată (criteriul F). Frica sau evitarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau unei condiții medicale generale și nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., panică, anxietate de separare, tulburarea dismorfică corporală, o tulburare de dezvoltare pervasivă sau tulburarea de personalitate schizoidă) (criteriul G). Dacă este prezentă altă tulburare mentală sau condiție medicală generală (de ex., balbismul, maladia Parkinson, anorexia nervoasă), frica sau evitarea nu este limitată la preocuparea referitoare la impactul său social (criteriul H).

În situațiile sociale sau de performanță temute, indivizii cu fobie socială experiențează preocupări referitoare la incomodare și se tem că alții îi vor

considera anxioși, debili, „nebuni" sau stupizi. Ei se tem să vorbească în public din cauza preocupării că alții vor remarca tremorul vocii sau mâinilor lor ori pot experienta o anxietate extremă când conversează cu alții, din cauza fricii că vor părea incoerenți. De asemenea, ei pot evita să mănânce, să bea ori să scrie în public din cauza fricii de a nu fi puși în dificultate de faptul că alții văd că lor le tremură mâinile. Indivizii cu fobie socială experientează aproape totdeauna simptome de anxietate (de ex., palpitații, tremurături, transpirație, disconfort gastrointestinal, diaree, tensiune musculară, congestie facială, confuzie) în situațiile sociale temute, iar în cazurile severe aceste simptome pot satisface criteriile pentru un atac de panică (vezi pag. 432). Congestia feții poate fi mai tipică pentru fobia socială.

Adulții cu fobie socială recunosc că frica este excesivă sau nejustificată, însă nu totdeauna acesta este cazul la copii. De exemplu, diagnosticul va fi cel de tulburare delirantă în loc de fobie socială, la un individ care evită să mănânce în public din cauza convingerii că va fi văzut de poliție, și care nu recunoaște că această frică este excesivă și nejustificată. De asemenea, diagnosticul nu va fi pus dacă frica este justificată, dat fiind contextul de stimuli (de ex., frica de a nu fi strigat la lecție când nu este pregătit).

Persoana cu fobie socială va evita, de regulă, situațiile temute. Mai rar, persoana respectivă se va forța să îndure situația socială sau de performanță și o va experienta cu o anxietate intensă. De asemenea, o anxietate anticipatorie marcată poate surveni cu mult înainte de apariția situațiilor sociale sau publice (de ex., teamă în fiecare zi, timp de câteva săptămâni, înainte de a urma un eveniment social). Poate exista un cerc vicios de anxietate anticipatorie care duce la o cogniție aprehensivă și la simptome anxioase în situațiile temute care la rândul lor duc la o funcționare realmente redusă sau percepută ca redusă în situațiile temute, ceea ce duce la incomodare și la creșterea anxietății anticipatorii referitoare la situațiile temute, și așa mai departe.

Frica sau evitarea trebuie să interfereze semnificativ cu rutina normală a persoanei, cu funcționarea profesională sau școlară, sau cu activitățile ori relațiile sociale, sau persoana trebuie să experienteze o detresă marcată în legătură cu a avea fobia. De exemplu, unei persoane care se teme să vorbească în public, nu i se va pune diagnosticul de fobie socială dacă această activitate nu este întâlnită în mod rutinier la serviciu sau în clasă, iar persoana nu este incomodată în mod special de aceasta. Fricile de a nu fi pus în dificultate în situații sociale sunt frecvente, dar de regulă gradul de detresă sau de deteriorare este insuficient pentru a justifica un diagnostic de fobie socială. Anxietatea sau evitarea socială tranzitorie este extrem de frecventă în copilărie și adolescență (de ex., o adolescentă poate evita să mănânce de față cu băieții o scurtă perioadă de timp, apoi își reia comportamentul uzual). La cei sub 18 ani, numai simptomele care persistă timp de cel puțin 6 luni califică pentru diagnosticul de fobie socială.

## Specificant

**Generalizată**. Acest specificant poate fi utilizat când fricile sunt în legătură cu cele mai multe situații (de ex., inițierea sau întreținerea conversațiilor, participarea la mici grupuri, întâlniri, a vorbi reprezentanților autorității, a se întreține la petreceri). Indivizii cu fobie socială, generalizată se tem, atât de situațiile publice de performanță , cât și de situațiile sociale interacționale. Deoarece indivizii cu fobie socială nu relatează spontan întreaga lor gamă de frici sociale, este util pentru clinician să treacă în revistă cu individul o listă

a situațiilor sociale și de performanță . Indivizii ale căror manifestări clinice nu satisfac definiția de „generalizată" compun un grup care include persoanele care se tem de o singură situație de performanță , ca și pe cei care se tem de mai multe, dar nu de majoritatea situațiilor sociale. Indivizii cu fobie socială generalizată este foarte posibil să prezinte deficite în aptitudinile sociale și să aibă o deteriorare socială și profesională severă.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Elementele asociate comune ale fobiei sociale includ hipersensibilitatea la critică, evaluarea negativă sau rejecția, dificultatea în a se afirma, stimă de sine scăzută sau sentimente de inferioritate. Indivizii cu fobie socială se tem adesea de evaluarea indirectă de către alții, cum ar fi luarea unui test. Ei pot manifesta aptitudini sociale reduse (de ex., contact vizual redus) sau semne observabile de anxietate (de ex., mâini reci și umede, tremurături, voce tremurată). Indivizii cu fobie socială obțin rezultate școlare sub posibilitățile lor, din cauza anxietății sau evitării participării în clasă. De asemenea, ei obțin rezultate sub posibilitățile lor la serviciu, din cauza anxietății în timp ce vorbesc în grup, în public ori reprezentanților autorității sau colegilor, ori din cauza evitării acestor situații. Persoanele cu fobie socială au adesea rețele de suport social reduse, și este puțin probabil că se vor căsători. În cazurile mai severe, indivizii pot abandona școala, pot fi șomeri și nu caută de lucru din cauza dificultății de a da un interviu pentru serviciu, nu au amici sau țin de relații insatisfăcătoare, se abțin complet de la întâlniri sau rămân cu familia lor de origine. În plus, fobia socială poate fi asociată cu ideație suicidară , în special când sunt prezente tulburări comorbide.

Fobia socială poate fi asociată cu tulburări anxioase, tulburări afective, tulburări în legătură cu o substanță și bulimia nervoasă și pe care de regulă le precede. În eșantioanele clinice, tulburarea de personalitate evitantă este prezentă frecvent la indivizii cu fobie socială generalizată.

**Date de laborator asociate.** Nu a fost reperat nici un test de laborator care să fie diagnostic pentru fobia socială, și nu există nici suficiente probe care să susțină uzul vreunui test de laborator (de ex., infuzia de lactat, inhalarea de CO2) spre a distinge fobia socială de alte tulburări anxioase (de ex., panica).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Tabloul clinic și deteriorarea rezultantă diferă de la o cultură la alta, în funcție de exigențele sociale. În anumite culturi (de ex., în Japonia și Coreea), indivizii cu fobie socială pot dezvolta frici persistente și excesive de a nu ofensa pe alții în situații sociale, în loc să fie incomodați. Aceste frici pot lua forma anxietății extreme, cum că congestia feței, contactul față în față ori mirosul propriului corp ar fi repugnante pentru ceilalți (*taijin kiofusho* în Japonia).

La copii, pot fi prezente vociferări, accese coleroase, stupefacție, statul lipit sau strâns de o persoană familiară și inhibarea interacțiunilor până la mutism. Copiii mai mici pot fi excesiv de timizi în situații sociale nefamiliare, se rețin să intre în contact cu alții, refuză să participe la jocul în grup, stau de regulă la periferia activităților sociale și încearcă să rămână în apropierea adulților familiari. Contrar adulților, copiii cu fobie socială nu au de regulă opțiunea evitării totale a situațiilor

temute și pot fi incapabili să identifice natura anxietății lor. Poate exista un declin în activitatea în clasă, refuzul de a mai merge la școală ori evitarea activităților sociale și a întâlnirilor corespunzătoare etății. Pentru a pune diagnosticul la copii, trebuie să existe proba capacității de relații sociale cu persoane familiare, iar anxietatea socială trebuie să survină în situațiile cu egalii, nu doar în interacțiunile cu adulții. Din cauza debutului precoce și a evoluției cronice a tulburării, la copii, deteriorarea tinde să ia mai curând forma incapacității de a atinge nivelul de funcționare așteptat, decât pe cea a declinului de la un nivel optim de funcționare. Din contra, când debutul are loc în adolescență, tulburarea poate duce la scădere în funcționarea socială sau școlară.

Studiile epidemiologice și pe baza comunitară sugerează că fobia socială este mai frecventă la femei decât la bărbați. În cele mai multe eșantioane clinice, sexele sunt fie egal reprezentate, fie majoritatea sunt bărbați.

## Prevalență

Studiile epidemiologice și pe bază comunitară au raportat o prevalență pe viață a fobiei sociale mergând de la 3% la 13%. Prevalența raportată poate varia în funcție de pragul utilizat pentru a determina detresa sau deteriorarea și numărul de tipuri de situații sociale trecute în mod specific în revistă. Într-un studiu, 20% au relatat o frică excesivă de vorbitul sau funcționarea în public, dar numai aproximativ 2% par a experienta o deteriorare sau detresă suficientă pentru a justifica un diagnostic de fobie socială. În populația generală, cei mai mulți indivizi cu fobie socială se tem să vorbească în public, în timp ce mai puțin de jumătate se tem să vorbească cu străinii sau să întâlnească lume nouă. Alte frici de performanță (de ex., mâncatul, băutul sau scrisul în public ori utilizarea unei toalete publice) par a fi mai puțin frecvente. În condiții clinice, marea majoritate a persoanelor cu fobie socială se tem de mai mult decât de un singur tip de situație socială. Fobia socială este rar un motiv de internare în spital. În clinicile cu pacienți ambulatori, procentele de fobie socială s-au situat între 10% și 20% dintre indivizii cu tulburări anxioase, dar procentele variază larg în funcție de loc.

## Evoluție

Fobia socială debutează de regulă în adolescență, apărând uneori fără un istoric de inhibiție socială sau timiditate în copilărie. Unii indivizi relatează un debut precoce în copilărie. Debutul poate surveni brusc, după o experiență stresantă sau umilitoare, ori poate fi insidios. Evoluția fobiei sociale este adesea continuă. Tulburarea durează frecvent toată viața, deși se poate atenua ca intensitate sau remite în perioada adultă. Severitatea deteriorării poate fluctua cu stresorii și exigențele vieții. De exemplu, fobia socială poate diminua după ce o persoană cu frica de întâlniri se căsătorește, și reapare după moartea soțului (soției). O avansare profesională la o poziție care necesită vorbitul în public poate duce la apariția unei fobii sociale la cineva care anterior nu a trebuit să vorbească niciodată în public.

## Pattern familial

Fobia socială pare a surveni mai frecvent printre rudele biologice de gradul I ale celor cu tulburarea, în comparație cu populația generală. Datele pentru acesta sunt mai puternice pentru subtipul generalizat.

## Diagnostic diferențial

Indivizii, atât cu atacuri de panică, cât și cu evitare socială, reprezintă uneori o posibilă problemă dificilă de diagnostic. De regulă, **panica cu agorafobie** este caracterizată inițial prin debutul unor atacuri de panică și ulterior prin evitarea a o mulțime de situații considerate a fi posibili declanșatori ai atacurilor de panică. Deși situațiile sociale pot fi evitate în panica datorată fricii de a nu fi văzut având un atac de panică, panica este caracterizată prin atacuri de panică inopinate recurente care nu sunt limitate la situații sociale, iar diagnosticul de fobie socială nu este pus când singura frică socială este aceea de a nu fi văzut având un atac de panică. Fobia socială este caracterizată de regulă prin evitarea situațiilor sociale în absența atacurilor de panică inopinate recurente. Când survin atacuri de panică, acestea iau forma unor atacuri de panică circumscrise situațional (de ex., o persoană, cu frica de a nu fi pusă în dificultate când vorbește în public, experientează atacuri de panică provocate numai de vorbitul în public sau de alte situații sociale). Unele tablouri clinice cad între aceste exemple și necesită judecata clinică pentru alegerea celui mai adecvat diagnostic. De exemplu, un individ, care nu a avut anterior frica de a vorbi în public, are un atac de panică în timp ce ține o conferință și începe să se teamă să nu se dea în spectacol. Dacă acest individ are ulterior un atac de panică numai în situații de performanță socială (chiar dacă frica este centrată pe panică), atunci poate fi justificat un diagnostic de fobie socială. Dacă însă, individul continuă să experienteze atacuri de panică inexpectate, atunci ar putea fi justificat un diagnostic de panică cu agorafobie. Dacă sunt satisfăcute criteriile, atât pentru fobia socială, cât și pentru panică, ambele diagnostice pot fi puse. De exemplu, un individ, cu frica de, și evitarea celor mai multe situații sociale durând din totdeauna (fobie socială) dezvoltă mai târziu atacuri de panică în situații nonsociale și o varietate de comportamente de evitare suplimentare (panică cu agorafobie).

Evitarea situațiilor din cauza fricii de o posibilă umilire este extrem de evidentă în fobia socială, dar poate surveni, de asemenea, în **panica cu agorafobie** și în **agorafobia fără istoric de panică**. Situațiile evitate în fobia socială sunt limitate la cele care implică o posibilă scrutare de către alți oameni. Fricile din agorafobia fără istoric de panică implică de regulă o mulțime de situații caracteristice care pot sau nu implica scrutarea de către alții (de ex., a fi singur în afara casei sau a fi singur acasă; a te afla pe un pod sau într-un ascensor; a călători cu autobuzul, trenul, automobilul sau avionul). Rolul unui companion, de asemenea, poate fi util în distingerea fobiei sociale de agorafobie (cu sau fără panică).Tipic, indivizii cu evitare agorafobică preferă să fie cu un companion de încredere când se află în situația temută, pe când indivizii cu fobie socială pot avea o anxietate anticipatorie intensă, dar de regulă nu au atacuri de panică atunci când rămân singuri. O persoană cu fobie socială care se teme de magazinele aglomerate se va simți scrutată cu sau fără un companion și poate fi mai puțin anxioasă fără povara adăugată a scrutării de către acesta.

Copiii cu **anxietate de separare** pot evita situațiile sociale din cauza temerilor în legătură cu faptul de a nu fi separați de curatorul lor, a temerilor în legătură cu faptul de a nu fi puși în dificultate de necesitatea de a renunța prea din timp la întoarcerea acasă ori a temerilor în legătură cu necesitatea prezenței unui părinte când aceasta nu este corespunzătoare evolutiv. Un diagnostic separat de fobie socială nu este în general justificat. Copiii cu anxietate de separare de regulă se simt

bine în situațiile sociale din propria casă, pe când cei cu fobie socială prezintă semne de disconfort, chiar când situațiile temute survin acasă.

Deși frica de incomodare sau de umilire poate fi prezentă în **anxietatea generalizată** sau în **fobia specifică** (de ex., jena în legătură cu faptul de a leșina când i se ia sânge), acesta nu este principalul focar al fricii sau anxietății individului. Copiii cu anxietate generalizată au preocupări exagerate referitoare la calitatea funcționării lor, dar acestea survin chiar când nu sunt evaluați de alții, pe când în fobia socială, eventuala evaluare de către alții este cheia anxietății.

Într-o **tulburare de dezvoltare pervasivă** și în **tulburarea de personalitate schizoidă**, situațiile sociale sunt evitate din cauza lipsei de interes în relaționarea cu alți indivizi. Din contra, indivizii cu fobie socială au capacitatea și interesul de a stabili relații cu persoane familiare. În special la copii, pentru a se putea pune diagnosticul de fobie socială, ei trebuie să aibă cel puțin o relație socială corespunzătoare etății cu cineva din afara familiei imediate (de ex., un copil care se simte incomodat în adunările sociale cu egalii și evită astfel de situații, dar care are un interes activ pentru acestea și o relație cu un amic familiar de aceeași etate).

**Tulburarea de personalitate evitantă** are un număr de elemente comune cu fobia socială și pare a se suprapune în mare măsură peste fobia socială generalizată. Tulburarea de personalitate evitantă poate fi o variantă mai severă de fobie socială generalizată, adică nu este calitati distinctă. La indivizii cu fobie socială generalizată, diagnosticul adițional de tulburare de personalitate evitantă trebuie să fie luat în considerație.

Anxietatea socială și evitarea situațiilor sociale sunt **elemente asociate ale multor alte tulburări mentale** (de ex., tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică, schizofrenia, tulburarea dismorfică corporală). Dacă simptomele de anxietate sau de evitare socială survin numai în cursul altei tulburări mentale și sunt considerate a fi explicate mai bine de tulburarea respectivă, diagnosticul adițional de fobie socială nu se pune.

Unii indivizi pot experienta o anxietate socială și evitare semnificative clinic în legă tură cu o condiție medicală generală sau cu o tulburare mentală cu simptome potențial jenante (de ex., tremorul în maladia Parkinson, balbismul, obezitatea, strabismul, cicatricile faciale sau comportamentul alimentar anormal în anorexia nervoasă).Dacă însă, anxietatea și evitarea socială sunt limitate la preocupări referitoare la condiția medicală generală sau la tulburarea mentală, prin convenție, diagnosticul de fobie socială nu este pus. Dacă evitarea socială este semnificativă clinic, poate fi pus diagnosticul separat de tulburare anxioasă fără nici o altă specificație.

**Anxietatea de funcționare, frica de scenă (tracul)** și **timiditatea** în situațiile sociale care implică persoane nonfamiliare sunt frecvente și nu trebuie să fie diagnosticate ca fobie socială, decât dacă anxietatea sau evitarea duc la o deteriorare semnificativă clinic sau la o detresă marcată. Copiii prezintă frecvent anxietate socială, în special când interacționează cu adulți nonfamiliari. Diagnosticul de fobie socială nu trebuie pus la copii decât dacă anxietatea socială este, de asemenea, evidentă în situațiile cu egalii și persistă cel puțin 6 luni.

## Criteriile de diagnostic pentru 300.23 Fobia Socială

A. O frică marcată și persistentă de una sau mai multe situații sociale sau de performanță, în care persoana este expusă unor oameni nonfamiliari sau unei posibile scrutări de către alții. Individul se teme că va acționa într-un mod (sau va prezenta simptome anxioase) care vor fi umilitoare sau jenante. **Notă:** La copii, trebuie să existe proba capacității de relații sociale corespunzătoare etății cu persoane familiare, iar anxietatea trebuie să survină în situațiile cu egalii, nu doar în interacțiunile cu adulții.

B. Expunerea la situația socială temută provoacă aproape constant anxietate, care ia forma unui atac de panică limitat situațional sau predispus situațional. **Notă:** La copii, anxietatea se poate exprima prin exclamații, accese coleroase, stupefacție sau retragere din situațiile sociale cu persoane nefamiliare.

C. Persoana recunoaște că frica sa este excesivă sau nejustificată. **Notă:** La copii, acest element poate fi absent.

D. Situațiile sociale sau de performanță temute sunt evitate sau chiar îndurate cu o anxietate sau detresă intensă.

E. Evitarea, anticiparea anxioasă sau detresa în situația (situațiile) socială sau de performanță temută interferează semnificativ cu rutina normală, cu funcționarea profesională (școlară) sau activitățile ori relațiile sociale sau există o detresă marcată în legătură cu faptul de a avea fobia.

F. La indivizii sub 18 ani, durata este de cel puțin 6 luni.

G. Frica sau evitarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale și nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., panica cu sau fără agorafobie, anxietatea de separare, tulburarea dismorfică corporală, o tulburare de dezvoltare pervasivă sau tulburarea de personalitate schizoidă).

H. Dacă este prezentă o condiție medicală generală ori altă tulburare mentală, frica de la criteriul A este fără legătură cu aceasta, de ex., frica nu este de balbism, de tremor în maladia Parkinson ori de manifestarea unui comportament alimentar anormal în anorexia nervoasă sau în bulimia nervoasă).

*De specificat* dacă :

**Generalizată:** dacă frica include cele mai multe situații sociale (a se lua în considerație, de asemenea, diagnosticul adițional de tulburare de personalitate evitantă ).

# 300.3 Tulburarea Obsesivo-Compulsivă

## Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale tulburării obsesivo-compulsive sunt obsesiile sau compulsiile recurente (criteriul A) care sunt suficient de severe pentru a fi consumatoare de timp (adică, ele iau mai mult decât o oră pe zi) sau cauzează o detresă marcată sau o deteriorare semnificativă (criteriul C). Într-un anumit moment în cursul tulburării, persoana a recunoscut că obsesiile sau compulsiile sunt excesive sau nejustificate (criteriul B). Dacă pe axa I este prezentă o altă tulburare, conținutul obsesiilor sau compulsiilor nu este limitat la aceasta (criteriul D). Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., unui drog de abuz, unui medicament) sau ale unei condiții medicale generale (criteriul E).

*Obsesiile* sunt idei, gânduri, impulsuri sau imagini persistente care sunt experientate ca intrusive și inadecvate, și care cauzează o anxietate sau detresă marcată. Calitatea intrusivă și inadecvată a obsesiilor a fost definită ca „egodistonică". Aceasta se referă la convingerea individului că conținutul obsesiilor îi este străin, nu se află sub controlul propriu și nu este tipul de gânduri pe care ar fi dorit să-l aibă. Individul este capabil însă să recunoască faptul că obsesiile sunt produsul propriei sale minți și nu îi sunt impuse din afară (ca în inserția de gânduri).

Cele mai frecvente obsesii sunt gândurile repetate în legătură cu contaminarea (de ex., a se contamina prin strângerea mâinilor altor persoane), dubitațiile repetate (de ex., a se întreba dacă a efectuat un act oarecare, cum ar fi acela dacă a vătămat pe cineva într-un accident de circulație ori dacă a lăsat ușa deschisă), necesitatea de a pune lucrurile într-o anumită ordine (de ex., detresă intensă când obiectele sunt puse în dezordine sau asimetric), impulsuri agresive sau oribile (de ex., acela de a-și vătăma propriul copil sau a striga o obscenitate în biserică) și imagerie sexuală (de ex., o imagine pornografică recurentă). Gândurile, impulsurile sau imaginile nu sunt simple temeri excesive în legătură cu probleme reale de viață (de ex., preocupări referitoare la dificultățile curente ale vieții, cum ar fi problemele financiare, de serviciu sau școlare) și este puțin probabil că se referă la o problemă reală de viață.

Individul cu obsesii încearcă de regulă să ignore sau să suprime astfel de gânduri sau de impulsuri, ori să le neutralizeze cu un alt gând sau acțiune (adică, cu o compulsie). De exemplu, un individ torturat de dubii în legătură cu a fi lăsat aragazul deschis încearcă să le neutralizeze prin verificări repetate spre a se asigura că acesta este închis.

*Compulsiile* sunt comportamente repetitive (de ex., spălatul mâinilor, ordonatul, verificatul) sau acte mentale (de ex., rugatul, număratul, repetarea de cuvinte în gând) al căror scop este acela de a preveni sau reduce anxietatea sau detresa și nu cel de a obține plăcere sau gratificare. În cele mai multe cazuri, persoana se simte obligată să efectueze compulsia pentru a reduce detresa care acompaniază o obsesie ori pentru a preveni un eveniment sau o situație temută oarecare. De exemplu, indivizii cu obsesii în legătură cu faptul de a fi contaminați își pot reduce detresa mentală spălându-se pe mâini până ce pielea lor devine carne vie; indivizii detresați de obsesiile referitoare la faptul de a fi lăsat ușa deschisă pot fi determinați să verifice încuietoarea la fiecare câteva minute; indivizii detresați de gânduri blasfemiante nedorite pot afla ușurare numărând până la zece înainte și înapoi de

o sută de ori pentru fiecare gând. În unele cazuri, individul efectuează acte rigide sau stereotipe, conform unor reguli elaborate idiosincratic, fără a fi capabili să spună de ce fac aceasta. Prin definiție, compulsiile sunt, fie clar excesive, fie nu sunt conectate în mod realist cu ceea ce sunt destinate să neutralizeze sau să prevină. Cele mai frecvente compulsii implică spălatul și curățatul, număratul, verificatul, cererea sau solicitarea de asigurări, acțiunile repetate și ordonarea.

Prin definiție, adulții cu tulburare obsesivo-compulsivă recunosc la un moment dat că obsesiile sau compulsiile lor sunt excesive sau nejustificate. Această cerință nu se aplică la copii pentru că ei pot fi lipsiți de suficientă calificare cognitivă pentru a face o astfel de judcată. Chiar la adulți există însă o gamă largă de intuire a raționalității obsesiilor sau compulsiilor. Unii indivizi au incertitudine în legătură cu raționalitatea obsesiilor sau compulsiilor lor și orice intuiție dată a individului poate varia de-a lungul timpului și în funcție de situații. De exemplu, persoana poate recunoaște o compulsie de contaminare ca nejustificată, când discută aceasta într-o „situație de siguranță" (de ex., în cabinetul terapeutului), dar nu și când este forțată să mânuie bani. În aceste dăți, când individul recunoaște că obsesiile și compulsiile sunt nejustificate, el poate dori sau chiar încerca să le reziste. Când încearcă să reziste unei compulsii, individul poate avea sentimentul de amplificare a anxietății sau tensiunii care este adesea ușurată prin cedarea la compulsie. În cursul tulburării, după eșecuri repetate de a rezista obsesiilor sau compulsiilor, individul se poate supune lor, nu mai experientează dorința de a le rezista și poate încorpora compulsiile în rutinele sale cotidiene.

Obsesiile sau compulsiile trebuie să cauzeze o detresă considerabilă, să fie consumatoare de timp (să ia mai mult de o oră pe zi) ori să interfereze semnificativ cu rutina normală a individului, cu funcționarea profesională ori cu activitățile sociale uzuale sau cu relațiile cu alții. Obsesiile sau compulsiile pot înlocui comportamentul util și satisfăcător, și pot fi foarte perturbante pentru funcționarea generală. Deoarece intruziunile obsesive pot distrage foarte mult, ele pot duce la o funcționare ineficientă în sarcinile cognitive care cer concentrare, cum ar fi cititul sau calculatul. În afară de aceasta, mulți indivizi evită obiectele sau situațiile care provoacă obsesii sau compulsii. O astfel de evitare poate deveni extinsă și poate restrânge sever funcționarea generală.

## Specificant

**Cu conștiința maladiei redusă.** Acest specificant poate fi aplicat când, pentru cea mai mare parte a timpului în cursul episodului curent, individul nu recunoaște că obsesiile sau compulsiile sunt excesive sau nejustificate.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Frecvent, există evitarea situațiilor care implică conținutul obsesiilor, cum ar fi murdăria sau contaminarea. De exemplu, o persoană cu obsesii referitoare la murdărie va evita toaletele publice sau să dea mâna cu străinii. Preocupările hipocondriace sunt frecvente, cu vizite repetate la diverși medici în căutarea reasigurării. Culpa, un sentiment patologic de responsabilitate și perturbări de somn pot fi prezente. Poate exista un uz excesiv de alcool sau de medicamente sedative, hipnotice sau anxiolitice. Efectuarea compulsiilor poate deveni activitatea majoră a vieții, ducând la o incapacitate maritală, profesională sau socială serioasă. Evitarea pervasivă poate lega pe individ de casă.

La adulți, tulburarea obsesivo-compulsivă poate fi asociată cu tulburarea depresivă majoră, cu alte tulburări anxioase (adică , cu fobia specifică, fobia socială, panica, anxietatea generalizată ), cu tulburările de comportament alimentar și cu unele tulburări de personalitate (de ex., tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă, tulburarea de personalitate evitantă, tulburarea de personalitate dependentă). La copii, aceasta poate fi asociată cu tulburări de învățare și cu tulburări de comportament disruptive. Există o incidență crescută a tulburării obsesivo-compulsive la copiii și adulții cu tulburarea Tourette, cu estimări mergând de la aproximativ 35% la 50%. Incidența tulburării Tourette în tulburarea obsesivo-compulsivă este mai redusă, cu estimări cuprinse între 5% și 7%. Între 20% și 30% dintre indivizii cu tulburare obsesivo-compulsivă au relatat ticuri curente sau trecute.

**Date de laborator asociate.** Nu au fost identificate nici un fel de date de laborator care să fie diagnostice pentru tulburarea obsesivo-compulsivă. S-a constatat însă că, o varietate de date de laborator sunt anormale la indivizii cu tulburare obsesivo-compulsivă comparativ cu subiecții de control. Există unele date, cum că unii agoniști ai serotoninei, administrați acut, cauzează o intensificare a simptomelor la unii indivizi cu tulburarea. Indivizii cu tulburarea pot prezenta o creștere a activității vegetative când sunt confruntați în laborator cu circumstanțe care declanșează o obsesie. Reactivitatea fiziologică diminuă după efectuarea compulsiilor.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale asociate.** Pot fi observate probleme dermatologice cauzate de spălatul excesiv cu apă sau cu detergenți caustici.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Comportamentul ritual prescris cultural nu este prin sine indicator de tulburare obsesivo-compulsivă, dacă nu excede normele culturale, nu survine la date și în locuri considerate inadecvate de către alții aparținând aceleiași culturi, și nu interferează cu funcționarea rolului social. Deși factorii culturali, per se, nu pot duce la tulburarea obsesivo-compulsivă, convingerile religioase și culturale pot influența temele obsesiilor și compulsiilor) (de ex., evreii ortodocși cu compulsiuni religioase pot avea simptome centrate pe practicile alimentare). Schimbările de viață importante și doliul pot duce la o intensificare a comportamentului ritual, care poate pare a fi o obsesie pentru un clinician nefamiliarizat cu contextul cultural.

Tablourile clinice de tulburare obsesivo-compulsivă la copii sunt în general similare cu cele din perioada adultă. Spălatul, verificatul și ritualurile de ordine sunt extrem de frecvente la copii. Copiii în general nu solicită ajutor, iar simptomele pot să nu fie egodistonice. Cel mai adesea, problema este sesizată de părinți, care aduc copilul la tratament. A fost descris un declin progresiv în activitatea școlară, secundar deteriorării capacității de concentrare. Ca și adulții, copiii sunt mai înclinați să se angajeze în ritualuri, acasă, decât în fața egalilor, a profesorilor sau a străinilor. Pentru un mic subset de copii, tulburarea obsesivo-compulsivă poate fi asociată cu o infecție cu streptococ betahemolitic grupă A (de ex. scarlatina și „gâtul streptococic"). Această formă de tulburare obsesivo-compulsivă se caracterizează prin debut prepuberal, asociat cu anomalii neurologice (de ex., mișcă ri coreiforme și hiperactivitate motorie) și un debut brusc al simptomelor sau cu o evoluție episodică în care exacerbă ri temporare sunt legate de infecții streptococice. Adulții mai în etate tind a prezenta mai mult obsesii referitoare la moralitate și ritualuri de spălare în comparație cu alte tipuri de simptome.

La adulți, această tulburare este la fel de frecventă la bărbați și la femei. Tulburarea obsesivo-compulsivă cu debut în copilărie este însă mai frecventă la băieți decât la fete.

## Prevalență

Studiile comunitare au estimat o prevalență pe viață de 2,5% și o prevalență pe 1 an de 0,5%–2,1% la adulți. Problemele metodologice cu instrumentele de evaluare utilizate au sugerat însă probabilitatea că ratele de prevalență reale sunt mult mai mici. Studiile comunitare pe copii și pe adolescenți au estimat o prevalență pe viață de 1%-2,3% și o prevalență pe 1 an de 0,7%. Cercetările indică faptul că ratele de prevalență ale tulburării obsesivo-compulsive sunt similare în multe dintre diferitele culturi ale lumii.

## Evoluție

Cu toate că tulburarea obsesivo-compulsivă începe de regulă în adolescență sau precoce în viața adultă, ea poate începe și în copilărie. Etatea formală la debut este mai precoce la bărbați decât la femei: între etatea de 6 și 15 ani pentru bărbați și între etatea de 20 și 29 ani pentru femei. Pentru cea mai mare parte, debutul este gradual, dar în unele cazuri a fost remarcat și un debut acut. Majoritatea indivizilor au o evoluție cronică, cu ameliorări și agravări, și cu exacerbarea simptomelor în relație cu stresul. Aproximativ 15% prezintă o deteriorare progresivă în funcționarea profesională și socială. Aproximativ 5% au o evoluție episodică, cu simptome minime sau fără nici un fel de simptome între episoade.

## Pattern familial

Rata de concordanță pentru tulburarea obsesivo-compulsivă este mai mare pentru gemenii monozigoți decât pentru gemenii dizigoți. Rata tulburării obsesivo-compulsive la rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu tulburare obsesivo-compulsivă și la rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu tulburarea Tourette este mai mare decât cea din populația generală.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea obsesivo-compulsivă trebuie să fie distinsă de **tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale.** Diagnosticul este cel de tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale atunci când se consideră că obsesiile sau compulsiile sunt consecința fiziologică directă a unei anumite condiții medicale generale (vezi pag. 476). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. O **tulburare anxioasă indusă de o substanță** se distinge de tulburarea obsesivo-compulsivă prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu obsesiile sau compulsiile (vezi pag. 479).

Gânduri, impulsuri, imagini sau comportamente intrusive sau recurente pot surveni în contextul multor alte tulburări mentale. Tulburarea obsesivo-compulsivă nu este diagnosticată dacă conținutul gândurilor sau activităților este legat exclusiv de altă tulburare mentală (de ex., preocuparea în legătură cu aspectul în **tulburarea dismorfică corporală**, preocuparea referitoare la un obiect sau situație temută în **fobia specifică** sau **socială**, smulgerea părului în **tricotilomanie**). Un diagnostic

adițonal de tulburare obsesivo-compulsivă poate fi însă justificat dacă există obsesii sau compulsii al căror conținut nu are nici o legătură cu altă tulburare mentală.

Într-un **episod depresiv major**, ruminația persistentă referitoare la circumstanțe eventual neplăcute sau referitoare la acțiuni alternative posibile este frecventă și este considerată mai curând un aspect congruent cu dispoziția al depresiei decât o obsesie. De exemplu, un individ care ruminează că el este lipsit de valoare nu va fi considerat ca având obsesii, pentru că o astfel de ruminație nu este egodistonică.

**Anxietatea generalizată** se caracterizează printr-o preocupare exagerată, dar astfel de preocupări se disting de obsesii prin faptul că persoana le experientează ca preocupări excesive în legătură cu circumstanțe de viață reale. De exemplu, o preocupare excesivă pentru faptul că individul respectiv își poate pierde serviciul constituie o teamă, nu o obsesie. Din contra, conținutul obsesiilor nu implică în mod caracteristic probleme de viață reale, iar obsesiile sunt experientate ca inadecvate de către individ (de ex., ideea detresantă intrusivă că „Dumnezeu /God/" este „câine /dog/", spusă peste umăr).

Dacă gândurile detresante recurente se referă exclusiv la frica persoanei de a nu avea sau că deja are o maladie severă, pe baza interpretărilor eronate a simptomelor somatice, atunci trebuie să fie diagnosticată **hipocondria** în loc de tulburarea obsesivo-compulsivă. Însă, dacă teama de a nu avea o maladie este acompaniată de ritualuri, cum ar fi spălatul excesiv sau comportamentul de verificare referitor la preocupări în legătură cu maladia sau cu răspândirea ei la alți oameni, atunci poate fi indicat un diagnostic adițional de tulburare obsesivo-compulsivă. Dacă preocuparea majoră se referă la contractarea unei maladii (mai curând decât la faptul că are o maladie) și nu sunt implicate nici un fel de ritualuri, atunci o **fobie specifică** de maladie poate fi cel mai corespunzător diagnostic.

Capacitatea individului de a recunoaște că obsesiile sau compulsiile sunt excesive și nejustificate survine pe un continuum. La unii indivizi cu tulburare obsesivo-compulsivă, testarea realității poate fi pierdută iar obsesia poate atinge proporții delirante (de ex., convingerea cuiva că a cauzat moartea unei persoane prin faptul că i-a dorit-o). În astfel de cazuri, prezența elementelor psihotice poate fi indicată printr-un diagnostic adițional de **tulburare delirantă** sau de **tulburare psihotică fără altă specificație**. Specificantul „cu conștiința maladiei redusă" poate fi util în acele situații care sunt la limita dintre obsesie și ideea delirantă (de ex., un individ a cărui preocupare extremă de contaminare, deși exagerată, este mai puțin intensă decât într-o tulburare delirantă și este justificată de faptul că germenii sunt într-adevăr ubicuitari).

Ideile delirante ruminative și comportamentele stereotipe bizare care survin în **schizofrenie** se disting de obsesii și de compulsii prin faptul că ele nu sunt egodistonice și nu sunt subiect de testare a realității. Unii indivizi prezintă însă simptome, atât de tulburare obsesivo-compulsivă, cât și de schizofrenie și justifică ambele diagnostice.

Ticurile (în **tulburarea ticurilor**) și mișcările stereotipe (în **tulburarea de mișcarea stereotipă**) trebuie să fie distinse de compulsii. Un *tic* este o mișcare motorie sau o vocalizare stereotipă nonritmică, recurentă, rapidă, bruscă (de ex., clipitul /nictația/, protruzia limbii, curățirea fundului gâtului). O *mișcare stereotipă* este un comportament motor nonfuncțional, aparent presant, repetitiv (de ex., lovitul cu capul, legănatul corpului, autovătămarea prin mușcare). Contrar unei compulsii, ticurile și mișcările stereotipe sunt de regulă mai puțin complexe și nu sunt destinate să neutralizeze o obsesie. Unii indivizi prezintă simptome, atât de

tulburare obsesivo-compulsivă, cât și de tic (în special de tulburare Tourette), și ambele diagnostice pot fi justificate.

Unele activități, cum ar fi mâncatul (de ex., **tulburările de comportament alimentar**), comportamentul sexual (de ex., **parafiliile**), jocul de șansă (de ex., **jocul de șansă patologic**) sau uzul de o substanță (de ex., **dependența** sau **abuzul de alcool**) când sunt întreprinse în mod excesiv, sunt denumite „compulsive". Aceste activități nu sunt însă considerate a fi compulsii, așa cum sunt acestea definite în acest manual, pentru că de regulă persoana își procură plăcere din activitate și poate dori să-i reziste numai din cauza consecințelor sale deletere.

Deși **tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă** și **tulburarea obsesivo-compulsivă** au nume similare, manifestările clinice ale acestor tulburări sunt foarte diferite.Tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă nu se caracterizează prin prezența obsesiilor sau a compulsiilor, ci implică, în schimb, un pattern pervasiv de preocupare pentru ordine, perfecționism și control și trebuie să înceapă precoce în viața adultă. Dacă un individ prezintă simptome, atât de tulburare obsesivo-compulsivă, cât și de tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă, pot fi puse ambele diagnostice.

**Superstițiile** și **comportamentele de verificare repetitive** sunt întâlnite frecvent în viața de fiecare zi. Un diagnostic de tulburare obsesivo-compulsivă trebuie luat în considerație, numai dacă este extrem de consumator de timp sau duce la o deteriorare sau detresă semnificativă clinic.

## Criteriile de diagnostic pentru 300.3 Tulburarea Obsesivo-Compulsivă

A. Fie obsesii sau compulsii:

*Obsesii, așa cum sunt definite de (1), (2), (3) și (4):*

(1) gânduri, impulsuri sau imagini persistente și recurente care sunt experientate, la un moment dat în cursul tulburării, ca intrusive și inadecvate, și care cauzează o anxietate sau detresă considerabilă;
(2) gândurile, impulsurile sau imaginile nu sunt pur și simplu preocupări excesive în legătură cu probleme reale de viață;
(3) persoana încearcă să ignore sau să suprime astfel de gânduri, impulsuri sau imagini, ori să le neutralizeze cu alte gânduri sau acțiuni;
(4) persoana recunoaște că gândurile, impulsurile sau imaginile obsesive sunt un produs al propriei sale minți (nu impuse din afară, ca în inserția de gânduri).

*Compulsii, așa cum sunt definite de (1) și (2):*

(1) comportamente repetitive (de ex., spălatul mâinilor, ordonatul, verificatul) sau acte mentale (de ex., rugatul, calculatul, repetarea de cuvinte în gând) pe care persoana se simte constrânsă să le efectueze ca răspuns la o obsesie, ori conform unor reguli care trebuie să fie aplicate în mod rigid;
(2) comportamentele sau actele mentale sunt destinate să prevină sau să reducă detresa, ori să prevină un eveniment sau o situație temută oarecare; însă, aceste comportamente sau acte mentale, sau nu sunt conectate în mod realist cu ceea ce sunt destinate să neutralizeze sau să prevină, ori sunt clar excesive.

## Criteriile de diagnostic pentru 300.3 Tulburarea Obsesivo-Compulsivă *(continuare)*

B. La un moment dat în cursul tulburării, persoana a recunoscut că obsesiile sau compulsiilesunt excesive sau iraționale. **Notă:** Aceasta nu se aplică la copii.

C. Obsesiile sau compulsiile cauzează o detresă marcată , sunt consumatoare de timp (iau mai mult de o oră pe zi) sau interferează semnificativ cu rutina normală a persoanei, cu funcționarea profesională (sau școlară) ori cu activitățile sau relațiile sociale uzuale.

D. Dacă este prezentă o altă tulburare pe axa I, conținutul obsesiilor sau compulsiilor nu este restrâns la aceasta (de ex., preocuparea pentru mâncare, în prezența unei tulburări de comportament alimentar; smulgerea părului, în prezența tricotilomaniei; preocupare referitoare la aspect, în prezența tulburării dismorfice corporale; preocupare referitoare la a avea o maladie severă, în prezența hipocondriei; preocupare pentru necesitățile sau fanteziile sexuale, în prezența unei parafilii, ori ruminații referitoare la culpă, în prezența tulburării depresive majore).

E. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* dacă:

**Cu conștiința maladiei redusă**: dacă cea mai mare parte a timpului în cursul episodului curent, persoana nu recunoaște că obsesiile și compulsiile sunt excesive sau nejustificate

# 309.81 Stresul Posttraumatic

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al stresului posttraumatic îl constituie apariția de simptome caracteristice urmând expunerii la un stresor traumatic extrem, care implică experientarea personală directă a unui eveniment comportând moartea efectivă sau amenințarea cu moartea, ori o vătămare serioasă sau o amenințare a integrității corporale proprii; faptul de a fi martor la un eveniment care implică moartea, vătămarea sau amenințarea integrității corporale a altei persoane; a afla despre moartea violentă sau inopinată, despre vătămarea serioasă, ori despre amenințarea cu moartea ori vătămarea suferită de un membru al familiei sau de un alt asociat apropiat (criteriul A1). Răspunsul persoanei la eveniment trebuie să comporte frica intensă, neputința sau oroarea (sau, la copii, răspunsul trebuie să implice comportamentul agitat sau dezorganizat) (criteriul A2). Simptomele caracteristice rezultând din expunerea la o traumă extremă includ reexperientarea persistentă a evenimentului traumatic (criteriul B), evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma și paralizia reactivității generale (criteriul C) și simptome persistente de excitație crescută (criteriul D). Tabloul simptomatologic complet trebuie să fie prezent timp de cel puțin o lună (criteriul E), iar perturbarea trebuie să cauzeze o

detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul F).

Evenimentele traumatice care sunt experientate direct includ, dar nu sunt limitate doar la acestea, lupta armată, atacul personal violent (atac sexual, atac corporal, prădare, atac banditesc), faptul de a fi răpit, de a fi luat ostatec, atacul terorist, tortura, încarcerarea ca prizonier de război sau într-un lagăr de concentrare, dezastrele naturale sau provocate de om, accidentele de automobil severe ori a fi diagnosticat cu o maladie care amenință viața. La copii, evenimentele traumatice sexuale pot include experiențele sexuale inadecvate din punctul de vedere al dezvoltării, fără violență ori vătămare. A fi martor la evenimente include, dar nu se limitează la acestea, asistarea la vătămarea gravă ori moartea nenaturală a unei alte persoane datorată unui atac violent, unui accident, război sau dezastru, ori vederea inopinată a unui cadavru sau a unei părți de cadavru. Evenimentele experientate de alții și despre care a aflat includ, dar nu se limitează la acestea, atacul violent la persoană, un accident ori o vătămare gravă suferită de un membru al familiei sau de un amic apropiat; aflarea știrii morții inopinate, subite, a unui membru al familiei ori a unui amic apropiat, ori aflarea faptului că propriul său copil are o maladie care-i amenință viața. Tulburarea poate fi extrem de severă sau de lungă durată, când stresorul este de premeditare umană (de ex., tortura, violul). Probabilitatea apariției acestei tulburări poate crește pe măsură ce intensitatea și apropierea fizică de stresor cresc.

Evenimentul traumatic poate fi reexperientat în diverse moduri. Frecvent, persoana are amintiri intrusive și recurente ale evenimentului (criteriul B1) ori vise detresante recurente în cursul cărora evenimentul este rejucat sau sau altfel reprezentat (criteriul B2). În cazuri rare, persoana experientează stări disociative care durează de la câteva secunde până la câteva ore sau chiar zile în timpul cărora componentele evenimentului sunt retrăite, iar persoana se comportă ca și cum ar experienta evenimentul în acel moment (criteriul B3). Aceste episoade, denumite adesea „flash-back-uri"sunt de regulă scurte, dar pot fi asociate cu detresă prelungită și excitație crescută. O detresă psihologică intensă (criteriul B4) sau o reactivitate fiziologică intensă (criteriul B5) survin adesea, când persoana este expusă la evenimente declanșante care seamănă cu, sau simbolizează un aspect al evenimentului traumatic (de ex., aniversările evenimentului traumatic; frigul, iarna sau gărzile în uniformă, pentru supraviețuitorii lagărelor morții din climatele reci; căldura, umezeala, pentru veteranii luptelor din Pacificul de Sud; intrarea în orice ascensor a unei femei care a fost violată în ascensor).

Stimulii asociați cu trauma sunt evitați în mod persistent. Persoana face de regulă eforturi deliberate pentru a evita gândurile, sentimentele sau conversațiile despre evenimentul traumatic (criteriul C1) și pentru a evita activitățile, situațiile sau persoanele care deșteaptă amintiri despre acesta (criteriul C2). Evitarea amintirilor poate include amnezia pentru un aspect important al evenimentului traumatic (criteriul C3). Diminuarea reactivității la lumea externă, denumită „paralizie psihică" sau „anestezie emoțională" începe de regulă curând după evenimentul traumatic. Individul se poate plânge de scăderea considerabilă a interesului sau participării la activități plăcute anterior (criteriul C4), de faptul că se simte detașat sau înstrăinat de alți oameni (criteriul C5) ori că are o capacitate considerabil redusă de a simți emoțiile (în special pe cele asociate cu intimitatea, tandrețea și sexualitatea) (criteriul C6). De asemenea, individul poate avea sentimentul de viitor îngustat (nu se așteaptă să-și facă o carieră, să se căsătorească, să aibă copii ori o durată normală de viață) (criteriul C7).

Individul are simptome persistente de anxietate sau de excitație crescută care nu erau prezente înainte de traumă. Aceste simptome pot include dificultăți de adormire sau de a rămâne adormit, care se pot datora coșmarurilor recurente și în cursul cărora este retrăit evenimentul traumatic (criteriul D1), hipervigilitate (criteriul D4), un răspuns de tresărire exagerat (criteriul D5). Unii indivizi relatează iritabilitate sau accese coleroase (criteriul D2) ori dificultate în concentrare sau în efectuarea sarcinilor (criteriul D3).

## Specificanți

Următorii specificanți pot fi utilizați pentru a specifica debutul și durata simptomelor stresului posttraumatic:

**Acut.** Acest specificant trebuie să fie utilizat când durata simptomelor este de mai puțin de 3 luni.
**Cronic.** Acest specificant trebuie utilizat când simptomele durează timp de 3 luni sau mai mult.
**Cu debut tardiv.** Acest specificant indică faptul că au trecut cel puțin 6 luni între evenimentul traumatic și debutul simptomelor.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu stres posttraumatic pot descrie sentimente de culpă penibile referitoare la faptul că ei au supraviețuit în timp ce alții nu, ori referitoare la lucrurile pe care le-au făcut pentru a supraviețui. Patternurile de evitare pot interfera interfera cu relațiile interpersonale și duce la conflict marital, divorț sau pierderea serviciului. În unele cazuri cronice și severe pot fi prezente halucinații auditive și ideația paranoidă. Următoarele constelații de simptome asociate pot surveni și sunt mai frecvent observate în asociere cu un stresor interpersonal (de ex., maltratarea corporală sau abuzul sexual în copilărie, bătăile de acasă): deteriorarea modulării afective, comportament impulsiv și autodistructiv, simptome disociative, acuze somatice, sentimente de ineficiență, rușine, disperare sau lipsa de speranță, sentimentul de prejudiciere permanentă, pierderea convingerilor susținute anterior, ostilitate, retragere socială, sentimentul de amenințare permanentă, deteriorarea relațiilor cu ceilalți ori o modificare a caracteristicilor personalității anterioare a individului.

Stresul post traumatic este asociat cu un risc crescut de tulburare depresivă majoră, tulburări în legătură cu o substanță, panică, agorafobie, tulburare obsesivo-compulsivă, anxietate generalizată, fobie socială, fobie specifică și tulburare bipolară II. Aceste tulburări pot precede, succede sau apare concomitent cu debutul stresului posttraumatic.

**Date de laborator asociate.** Excitația crescută poate fi măsurată prin studii referitoare la funcționarea vegetativă (de ex., ritm cardiac, electromiografie, activitatea glandelor sudoripare).

**Datele examinării somatice și condițiile medicale asociate.** Drept consecință directă a traumei pot surveni leziuni somatice. În plus, stresul posttraumatic cronic poate fi asociat cu un procent crescut de acuze somatice și, posibil, de condiții medicale generale.

## Elemente specifice culturii și etății

Indivizii care au emigrat recent din zone de frământare socială considerabilă și de conflict civil pot avea procente ridicate de stres posttraumatic. Astfel de indivizi pot fi extrem de refractari la a divulga experiențele de tortură și traumele suferite din cauza statutului lor vulnerabil de imigranți politici. Pentru astfel de indivizi sunt necesare evaluări specifice ale experiențelor traumatice și ale simptomelor concomitente.

La copiii mai mici, visele detresante ale evenimentului se pot schimba în decurs de câteva săptămâni în coșmaruri generalizate cu monștri, cu salvare de către alții, ori de amenințări la adresa lor sau a altora. Copiii mai mici nu au de regulă sentimentul că ei reexperientează trecutul; reexperientarea traumei poate surveni mai curând prin joc repetitiv (de ex., un copil care a fost implicat într-un accident de automobil grav reconstituie în mod repetat distrugerea automobilului cu automobile jucărie). Deoarece poate fi dificil pentru copii să relateze scăderea interesului pentru activități importante și constricția afectului, aceste simptome trebuie să fie evaluate atent prin relatări din partea părinților, învățătorilor și a altor observatori. La copii, sentimentul de viitor îngustat poate fi evidențiat prin convingerea că viața lor va fi prea scurtă pentru a le putea permite să devină adulți. Poate exista, de asemenea, „omen formation", adică, credința în capacitatea de a prevedea evenimente nefavorabile viitoare. De asemenea, copiii pot prezenta diverse simptome somatice, de exemplu, dureri abdominale și cefalei.

## Prevalență

Studiile pe bază comunitară indică o prevalență pe viață a stresului posttraumatic de aproximativ 8% în populația adultă din Statele Unite. Actualmente nu se dispune de informații referitoare la prevalența în populația generală din alte țări. Studiile pe indivizii expuși riscului (de ex., grupuri expuse unor incidente traumatice specifice) oferă date variabile, cu cele mai mari rate (mergând de la 1/3 la mai mult de 1/2 dintre cei expuși) constatate printre supraviețuitorii unui viol, luptei și captivității, internărilor pe motive etnice și politice și genocidului.

## Evoluție

Stresul posttraumatic poate surveni la orice etate, inclusiv în copilărie. Simptomele apar de regulă în primele 3 luni după traumă, deși poate exista o întârziere de luni și chiar de ani până la apariția lor. Frecvent, reacția persoanei la traumă satisface mai întâi criteriile pentru tulburarea stresul acut (vezi pag. 469), ca o consecință imediată a traumei. Simptomele tulburării și predominanța relativă a reexperientării, evitarea și simptomele de hiperexcitație pot varia în decursul timpului. Durata simptomelor variază, recuperarea completă survenind în decurs de 3 luni în aproximativ jumătate din cazuri, dar și cu mulți alții având simptome care persistă mai mult de 12 luni după traumă. În unele cazuri, evoluția este caracterizată prin ameliorarea și agravarea simptomelor. Reactivarea simptomelor poate surveni ca răspuns la reamintirea traumei originale, a stresorilor de viață sau a evenimentelor traumatice noi.

Severitatea, durata și proximitatea expunerii la evenimentul traumatic a unui individ sunt cei mai importanți factori care afectează probabilitatea apariției acestei tulburări. Există unele date, precum că suportul social, istoricul familial, experiențele din copilărie, variabilele personalității și preexistența tulburărilor mentale pot influența apariția stresului posttraumatic. Această tulburare poate apare și la indivizi fără nici un fel de condiții predispozante, în special dacă stresorul este extrem.

## Pattern familial

Există date despre o componentă ereditară în transmisia stresului posttraumatic. În afară de acesta, a fost relatat că un istoric de depresie la rudele de gradul I crește vulnerabilitatea la apariția stresului posttraumatic.

## Diagnostic diferențial

În stresul posttraumatic, stresorul trebuie să fie de o natură extremă (adică, să pericliteze viața). Din contra, în **tulburarea de adaptare**, stresorul poate fi de orice severitate. Diagnosticul de tulburare de adaptare este adecvat, atât pentru situațiile în care răspunsul la un stresor extrem nu satisface criteriile pentru stresul posttraumatic (sau pentru altă tulburare mentală specifică), cât și pentru situațiile în care patternul simptomatologic al stresului posttraumatic survine ca răspuns la un stresor care nu este extrem [de ex., plecarea soțului (soției), a fi concediat (ă)].

Nu orice psihopatologie care apare la un individ expus la un stresor extrem trebuie să fie atribuită în mod expres stresului posttraumatic. **Simptomele de evitare, siderare și creștere a excitației care sunt prezente înaintea expunerii la stresor** nu satisfac criteriile pentru diagnosticul de stres posttraumatic și necesită luarea în considerație a altor diagnostice (de ex., o tulburare afectivă sau altă tulburare anxioasă). În afară de aceasta, dacă patternul de răspuns simptomatologic la stresorul extrem satisface criteriile pentru **altă tulburare mentală** (de ex., tulburarea psihotică scurtă, tulburarea de conversie, tulburarea depresivă majoră), aceste diagnostice trebuie să fie puse în locul sau adițional diagnosticului de stres posttraumatic.

**Stresul acut** se distinge de stresul posttraumatic prin faptul că patternul simptomatologic în stresul acut trebuie să survină și să se rezolve în decurs de 4 săptămâni de la evenimentul traumatic. Dacă simptomele persistă mai mult de 1 lună și satisfac criteriile pentru tulburarea stresul posttraumatic, diagnosticul este schimbat din cel de stres acut în cel de stres posttraumatic.

În **tulburarea obsesivo-compulsivă** există gânduri intrusive recurente, dar acestea sunt experientate ca inadecvate și nu sunt în legătură cu un eveniment traumatic experientat. Flashback-urile din stresul posttraumatic trebuie să fie distinse de iluzii, halucinații și alte perturbări de percepție care pot surveni în **schizofrenie, alte tulburări psihotice, tulburarea afectivă cu elemente psihotice, delirium, tulburările induse de o substanță și tulburările psihotice datorate unei condiții medicale generale.**

Simularea trebuie să fie exclusă în acele situații în care remunerația financiară, oportunitatea beneficiului și deciziile medicolegale joacă un rol.

## Criteriile de diagnostic pentru 309.81 Stresul Posttraumatic

A. Persoana a fost expusă unui eveniment traumatic în care ambele dintre cele care urmează sunt prezente:

(1) persoana a experientat, a fost martoră ori a fost confruntată cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea efectivă, amenințarea cu moartea ori o vătămare serioasă sau o periclitare a integrității corporale proprii ori a altora,

(2) răspunsul persoanei a implicat o frică intensă, neputință sau oroare. **Notă:** La copii, aceasta poate fi exprimată, în schimb, printr-un comportament dezorganizat sau agitat.

## Criteriile de diagnostic pentru 309.81 Stresul Posttraumatic *(continuare)*

B. Evenimentul traumatic este reexperimentat persistent într-unul (sau mai multe) din următoarele moduri:

(1) amintiri detresante recurente și intrusive ale evenimentului, incluzând imagini, gânduri sau percepții. **Notă:** La copii mici, poate surveni un joc repetitiv în care sunt exprimate teme sau aspecte ale traumei;
(2) vise detresante recurente ale evenimentului. **Notă:** La copii, pot exista vise terifiante fără un conținut recognoscibil;
(3) acțiune și simțire, ca și cum evenimentul traumatic ar fi fost recurent (include sentimentul retrăirii experienței, iluzii, halucinații și episoade disociative de flahback, inclusiv cele care survin la deșteptarea din somn sau când este intoxicat). **Notă:** La copiii mici poate surveni reconstituirea traumei specifice;
(4) detresă psihologică intensă la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic;
(3) reactivitate fiziologică la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau seamănă cu un aspect al evenimentului traumatic.

C. Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma și paralizia reactivității generale (care nu era prezentă înaintea traumei), după cum este indicat de trei (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) eforturi de a evita gândurile, sentimentele sau conversațiile asociate cu trauma;
(2) eforturi de a evita activități, locuri sau persoane care deșteaptă amintiri ale traumei;
(3) incapacitatea de a evoca un aspect important al traumei;
(4) diminuare marcată a interesului sau participării la activități semnificative;
(5) sentiment de detașare sau de înstrăinare de alții;
(6) gamă restrânsă a afectului (de ex., este incapabil să aibă sentimente de amor);
(7) sentimentul de viitor îngustat (de ex., nu speră să-și facă o carieră, să se căsătorească, să aibă copii ori o durată de viață normală).

D. Simptome persistente de excitație crescută (care nu erau prezente înainte de traumă), după cum este indicat de două (sau de mai multe) dintre următoarele:

(1) dificultate în adormire sau în a rămâne adormit;
(2) iritabilitate sau accese coleroase;
(3) dificultate în concentrare;
(4) hipervigilitate;
(5) răspuns de tresărire exagerat.

E. Durata perturbării (simptomele de la criteriile B, C și D) este de mai mult de o lună.

F. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

*De specificat* dacă:
**Acut**: dacă durata simptomelor este mai puțin de 3 luni.
**Cronic**: dacă durata simptomelor este de 3 luni sau mai mult.

*De specificat* dacă:
**Cu debut tardiv:** dacă debutul simptomelor survine la cel puțin 6 luni după stresor.

# 308.3 Stresul Acut

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al stresului acut îl constituie apariția anxietății caracteristice, a simptomelor disociative și a altor simptome care survin în decurs de o lună după expunerea la un stresor traumatic extrem (criteriul A). Pentru discutarea tipurilor de stresori implicați, vezi descrierea stresului posttraumatic (pag. 463). Fie în timp ce experientează evenimentul traumatic ori după eveniment, individul are cel puțin trei dintre următoarele simptome disociative: sentimentul subiectiv de paralizie, de detașare ori de absență a reactivității emoționale; o reducere a conștiinței ambianței; derealizare, depersonalizare ori amnezie disociativă (criteriul B). După traumă, evenimentul traumatic este reexperientat persistent (criteriul C), iar individul prezintă o evitare evidentă a stimulilor care pot deștepta amintiri despre traumă (criteriul D) și are simptome marcate de anxietate sau de excitație crescută (criteriul E). Simptomele trebuie să cauzeze o detresă semnificativă clinic, să interfereze semnificativ cu activitatea normală ori să deterioreze capacitatea individului de a îndeplini sarcinile necesare (criteriul F). Perturbarea durează timp de cel puțin 2 zile și nu persistă dincolo de 4 săptămâni după evenimentul traumatic (criteriul G); dacă simptomele persistă mai mult de patru săptămâni, poate fi aplicat diagnosticul de stres posttraumatic. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale, nu sunt explicate mai bine de tulburarea psihotică scurtă și nu sunt pur și simplu o exacerbare a unei tulburări mentale preexistente (criteriul H).

Drept răspuns la evenimentul traumatic, individul dezvoltă simptome disociative. Indivizii cu stres acut au o diminuare a reactivității emoționale, adesea fiindule dificil sau imposibil să experienteze plăcerea în activitățile plăcute anterior și, frecvent, se simt culpabili în legătură cu urmărirea sarcinilor uzuale ale vieții. Ei pot experienta dificultăți în concentrare, se simt detașați de corpurile lor, experientează lumea ca ireală sau ca asemănătoare visului, ori au o dificultate crescută în a-și aminti anumite detalii ale evenimentului traumatic (amnezia disociativă). În afară de aceasta, este prezent cel puțin un simptom din fiecare grupă de simptome cerute pentru stresul posttraumatic. În primul rând, evenimentul traumatic este reexperientat persistent (de ex., amintiri recurente, imagini, gânduri, vise, iluzii, episoade de flashback, un sentiment de reexperientare a evenimentului sau detresă la expunerea la ceva ce amintește evenimentul). În al doilea rând, este evitat tot ceea ce amintește trauma (de ex., locuri, oameni, activități). În fine, este prezentă hiperexcitația ca răspuns la stimulii reminiscenți ai traumei (de ex., dificultate în adormire, iritabilitate, concentrare redusă, hipervigilitate, un răspuns de tresărire exagerat și neliniște motorie).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Simptomele de disperare și de descurajare pot fi experientate în stresul acut și pot fi suficient de severe și de persistente pentru a satisface criteriile pentru un episod depresiv major, în care caz poate fi justificat un diagnostic adițional de tulburare depresivă majoră. Dacă trauma a dus la moartea sau la vătămarea severă a cuiva,

supraviețuitorii pot să se simtă culpabili pentru faptul că au rămas intacți ori pentru faptul că nu au acordat suficient ajutor celorlalți. Indivizii cu această tulburare se percep adesea ca având o responsabilitate mai mare pentru consecințele traumei decât este justificat. Pot rezulta probleme din neglijarea de către individ a sănătății și a necesităților de siguranță fundamentale asociate cu repercursiunile traumei. Indivizii cu această tulburare sunt expuși riscului de a dezvolta stres posttraumatic. Au fost raportate procente de stres posttraumatic de aproximativ 80% la supraviețuitorii unor coliziuni ale vehiculelor cu motor și la victimele unor agresiuni violente al căror răspuns inițial la traumă a satisfăcut criteriile pentru stresul acut. După traumă poate apare un comportament temerar și impulsiv.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Ca o consecință a traumei pot apare diverse condiții medicale generale (de ex., traumatisme craniene, arsuri).

## Elemente specifice culturii

Deși unele evenimente este posibil să fie universal experientate ca traumatice, severitatea și patternul de răspuns pot fi modulate de diferențe culturale în implicațiile pierderii. Pot exista, de asemenea, comportamente de adaptare prescrise cultural și care sunt specifice anumitor culturi. De exemplu, simptomele disociative pot fi o parte notabilă a răspunsului la stresul acut în culturile în care astfel de comportamente sunt sancționate. Pentru discutarea mai detaliată a factorilor culturali în legătură cu evenimentele traumatice, vezi pag. 466.

## Prevalență

Prevalența stresului acut într-o populație expusă unui stres traumatic sever depinde de severitatea și persistența traumei și de gradul de expunere la acesta. Prevalența stresului acut în populația generală nu este cunoscută. În puținele studii disponibile, au fost raportate procente mergând de la 14% la 33% la indivizii expuși unor traume severe (de ex., a fi implicat într-un accident de vehicul cu motor, a fi martor la o execuție în masă ).

## Evoluție

Simptomele stresului acut sunt experientate în timpul sau imediat după traumă, durează cel puțin 2 zile și, fie se rezolvă în decurs de 4 săptămâni după terminarea evenimentului traumatic, fie diagnosticul este schimbat. Când simptomele persistă peste o lună, poate fi indicat diagnosticul de stres posttraumatic, dacă sunt satisfăcute criteriile complete pentru stresul posttraumatic. Severitatea, durata și proximitatea expunerii individului la evenimentul traumatic sunt cei mai importanți factori în stabilirea probabilității de apariție a stresului acut. Există unele date, cum că suporturile sociale, istoricul familial, experiențele copilăriei, variabilele personalității și tulburările mentale preexistente pot influența dezvoltarea stresului acut. Această tulburare poate apare și la indivizii fără nici un fel de condiții predispozante, în special dacă stresorul este extrem.

## Diagnostic diferențial

O oarecare simptomatologie urmând expunerii la un stres extrem este ubicuitară și adesea nu necesită nici un diagnostic. Stresul acut trebuie luat în considerație, numai dacă simptomele durează cel puțin 2 zile și cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare sau deteriorează capacitatea individului de a îndeplini unele sarcini necesare (de ex., obținerea asistenței necesare ori mobilizarea resurselor personale pentru a vorbi membrilor familiei despre experiența traumatică).

Stresul acut trebuie să fie distins de o **tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale** (de ex., un traumatism cranian) (vezi pag. 181) și de o **tulburare indusă de o substanță** (de ex., în legătură cu intoxicația cu alcool) (vezi pag. 209), care pot fi consecințele comune ale expunerii la un stresor extrem. La unii indivizi, pot surveni simptome psihotice după un stresor extrem. În astfel de cazuri, se pune diagnosticul de **tulburare psihotică scurtă**, în loc de cel de stres acut. Dacă după traumă se dezvoltă un **episod depresiv major**, pe lângă diagnosticul de stres acut, trebuie luat în considerație și diagnosticul de tulburare depresivă majoră. Un diagnostic separat de stres acut nu trebuie pus dacă simptomele sunt o **exacerbare a unei tulburări mentale preexistente.**

Prin definiție, diagnosticul de stres acut este adecvat numai pentru simptomele care apar în decurs de o lună de la stresorul extrem. Pentru că **stresul posttraumatic** cere mai mult decât 1 lună de simptome, acest diagnostic nu poate fi pus în cursul acestei perioade inițiale de 1 lună. Pentru indivizii cu diagnosticul de stres acut ale căror simptome persistă mai mult de 1 lună, trebuie luat în considerație diagnosticul de stres posttraumatic. Pentru indivizii care au un stresor extrem, dar care prezintă un pattern simptomatologic care nu satisface criteriile pentru stresul acut, trebuie luat în considerație un diagnostic de **tulburare de adaptare.**

Simularea trebuie exclusă în acele situații în care remunerația financiară, oportunitatea beneficiului sau deciziile medicolegale joacă un rol.

### Criteriile de diagnostic pentru 308.3 Stresul Acut

A. Persoana a fost expusă unui eveniment traumatic în care ambele dintre următoarele sunt prezente:

(1) persoana a experientat, a fost martoră ori a fost confruntată cu un eveniment sau cu evenimente care implică moartea sau vătămarea gravă, efectivă sau amenințătoare, ori o amenințare a integrității sale sau a altora;
(2) răspunsul persoanei implică frica intensă, neputința sau oroarea.

B. Fie în timpul experientării, fie după experientarea evenimentului detresant, individul are trei (sau mai multe) dintre următoarele simptome:

(1) sentimentul subiectiv de insensibilitate, de detașare sau de absență a reactivității emoționale;
(2) o reducere a conștiinței ambianței (de ex., „a fi stupefiat");
(3) derealizare;
(4) depersonalizare;
(5) amnezie disociativă (incapacitatea de a evoca un aspect important al traumei).

### Criteriile de diagnostic pentru 308.3 Stresul Acut *(continuare)*

C. Evenimentul traumatic este reexperientat persistent în cel puțin unul din următoarele moduri: imagini, gânduri, vise, iluzii, episoade de flashback recurente sau sentimentul de retrăire a experienței ori detresă la expunerea la lucruri care amintesc evenimentul raumatic.

D. Evitarea marcată a stimulilor care deșteaptă amintiri ale traumei (de ex., gânduri, sentimente, conversații, activități, locuri, oameni).

E. Simptome marcate de anxietate sau de excitație crescută (de ex., dificultate în adormire, iritabilitate, capacitate de concentrare redusă, hipervigilitate, răspuns de tresărire exagerat, neliniște motorie).

F. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare ori deteriorarea capacității de a îndeplini unele sarcini necesare, cum ar fi obținerea asistenței medicale ori mobilizarea resurselor personale pentru a vorbi membrilor familiei despre experiența traumatică.

G. Perturbarea durează minimum 2 zile și maximum 4 săptămâni de la evenimentul traumatic și survine în decurs de 4 săptămâni de la evenimentul traumatic.

H. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale, nu este explicată mai bine de tulburarea psihotică scurtă și nu este pur și simplu o exacerbare a unei tulburări preexistente pe axa I sau axa II.

## 300.2 Anxietatea Generalizată (include Tulburarea Anxietatea Excesivă a Copilăriei)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al anxietății generalizate îl constituie anxietatea excesivă și preocuparea (expectația aprehensivă), survenind mai multe zile da decât nu, o perioadă de cel puțin 6 luni, referitoare la un număr de evenimente sau activități (criteriul A). Individul constată că este dificil să controleze preocuparea (criteriul B). Anxietatea și preocuparea sunt însoțite de cel puțin trei simptome adiționale dintr-o listă care include neliniștea, fatigabilitatea rapidă, dificultatea în concentrare, tensiunea musculară și perturbarea somnului (la copii este cerut numai un singur simptom adițional) (criteriul C). Anxietatea și preocuparea nu sunt focalizate pe elementele altei tulburări de pe axa I, cum ar fi a avea un atac de panică (ca în panică), a fi pus în dificultate în public (ca în fobia socială), a fi contaminat (ca în tulburarea obsesivo-compulsivă), a fi departe de casă ori de rudele apropiate (ca în anxietatea de separare), a lua în greutate (ca în anorexia nervoasă), a avea acuze somatice multiple (ca în tulburarea de somatizare) ori a avea o maladie severă (ca în hipocondrie), iar anxietatea și preocuparea nu survin exclusiv în stresul posttraumatic (criteriul D). Deși indivizii cu anxietate generalizată nu pot totdeauna să identifice preocupările ca fiind „excesive", ei descriu detresă

subiectivă datorată preocupării constante, au dificultăți în a controla preocuparea sau experientează o deteriorare asociată în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare (criteriul E). Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) sau ale unei condiții medicale generale și nu survine exclusiv în cursul unei tulburări afective, tulburări psihotice sau tulburări de dezvoltare pervasivă (criteriul F).

Intensitatea, durata sau frecvența anxietății și preocupării sunt de departe disproporționate față de probabilitatea efectivă sau impactul evenimentului temut. Persoana constată că este dificil să-și țină gândurile care-i provoacă neliniște de a nu interfera cu atenția acordată sarcinilor în curs de efectuare și are dificultăți în a stopa preocuparea. Adulții cu anxietate generalizată sunt preocupați adesea de circumstanțele de viață rutiniere, cotidiene, cum ar fi responsabilitățile posibile ale serviciului, finanțele, sănătatea membrilor familiei, nefericirea copiilor lor ori de subiecte minore (cum ar fi problemele domestice, reparațiile mașinii ori întârzierea la întâlniri). Copiii cu anxietate generalizată tind a fi preocupați excesiv de competența sau de calitatea performanței lor. În cursul tulburării, focalizarea preocupării poate comuta de la o sarcină la alta.

## Elemente și tulburări asociate

Tensiunea musculară poate fi asociată cu tremor, contractură, senzația de trepidație și durere sau sensibilitate musculară. Mulți indivizi cu anxietate generalizată experientează, de asemenea, simptome somatice (de ex., mâini reci și umede, gură uscată, transpirație, greață sau diaree, micțiuni frecvente, tulburare de deglutiție sau senzația de „nod în gât") și un răspuns de tresărire exagerat. De asemenea, sunt frecvente simptome depresive.

Anxietatea generalizată apare frecvent concomitent cu tulburările afective (de ex., tulburarea depresivă majoră sau tulburarea distimică), cu alte tulburări anxioase (de ex., panica, fobia socială, fobia specifică) și cu tulburări în legătură cu substanțele (de ex., abuzul sau dependența de alcool, de sedative, hipnotice sau anxiolitice). Alte condiții care pot fi asociate cu stresul (de ex., sindromul de colon iritabil, cefaleile) acompaniază frecvent anxietatea generalizată.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Există o diversitate culturală considerabilă în exprimarea anxietății (de ex., în anumite culturi, anxietatea este exprimată predominant prin simptome somatice, în altele prin simptome cognitive). Este important să se țină cont de contextul cultural, când se evaluează faptul dacă preocupările referitoare la anumite situații sunt excesive.

La copiii și adolescenții cu anxietate generalizată, anxietățile și preocupările se referă adesea la calitatea performanței sau competenței lor la școală sau în evenimentele sportive, chiar când performanța lor nu este evaluată de către alții. Pot exista preocupări excesive referitoare la punctualitate. De asemenea, poate exista o preocupare în legătură cu evenimente catastrofice, cum ar fi cutremurele de pământ sau războiul nuclear. Copiii cu această tulburare pot fi extrem de conformiști, perfecționiști și nesiguri de ei înșiși, și tind să-și refacă temele din cauza insatisfacției în legătură cu performanța mai puțin decât perfectă. De regulă, ei sunt extrem de zeloși în a căuta aprobare și necesită reasigurare excesivă în legătură cu eficiența, precum și cu alte temeri ale lor.

Anxietatea generalizată poate fi supradiagnosticată la copii. În luarea în considerație a acestui diagnostic la copii, trebuie făcută o evaluare detaliată a prezenței altor tulburări anxioase ale copilăriei spre a vedea dacă preocupările nu sunt explicate mai bine de una dintre aceste tulburări. Anxietatea de separare, fobia socială și tulburarea obsesivo-compulsivă sunt acompaniate adesea de preocupări care mimează pe cele descrise în anxietatea generalizată. De exemplu, un copil cu fobie socială poate fi preocupat de performanța școlară din cauza umilirii. Preocupările pentru maladie poate fi, de asemenea, explicate mai bine de anxietatea de separare sau tulburarea obsesivo-compulsivă.

În condiții clinice, tulburarea este diagnosticată puțin mai frecvent la femei decât la bărbați (aproximativ 55%–60% dintre cei care se prezintă cu această tulburare sunt femei). În studiile epidemiologice, rata sexului este de 2/3 pentru femei.

## Prevalență

Pe un eșantion comunitar, rata de prevalență pe 1 an pentru anxietatea generalizată a fost de aproximativ 3%, iar rata de prevalență pe viață a fost 5%. În clinicile pentru tulburări anxioase, aproximativ un sfert dintre indivizi prezintă anxietate generalizată ca diagnostic principal sau ca diagnostic comorbid.

## Evoluție

Mulți indivizi cu anxietate generalizată relatează că ei s-au simțit anxioși și nervoși toată viața lor. Deși peste jumătate dintre cei care se prezintă pentru tratament relatează debutul în copilărie sau în adolescență, debutul survenit după etatea de 20 ani nu este rar. Evoluția este cronică, dar fluctuantă și adesea se înrăutățește în cursul perioadelor de stres.

## Pattern familial

Anxietatea ca trăsătură are o asociație familială. Deși studiile mai vechi oferă date contradictorii referitor la patternul familial al anxietății generalizate, studiile mai recente pe gemeni sugerează o contribuție genetică la apariția acestei tulburări.Mai mult decât atât, factorii genetici care influențează riscul pentru anxietatea generalizată pot fi strâns legați de cei pentru tulburarea depresivă majoră.

## Diagnostic diferențial

Anxietatea generalizată trebuie să fie distinsă de **tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale.** Diagnosticul este cel de tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale, dacă simptomele anxioase sunt considerate a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (de ex., feocromocitom, hipertiroidism) (vezi pag. 476). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. O **tulburare anxioasă indusă de o substanță** se distinge de tulburarea anxioasă generalizată prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea anxioasă (vezi pag. 479). De exemplu, anxietatea severă, care survine numai în contextul consumului de cafea, va fi diagnosticată ca tulburare anxioasă indusă de cafeină, cu anxietate generalizată.

Când este prezentă o altă tulburare de pe axa I, un diagnostic adițional de anxietate generalizată trebuie pus numai când focarul anxietății și preocupării este

fără legătură cu această tulburare, adică, preocuparea excesivă nu este restrânsă la avea un atac de panică (ca în **panică**), la a fi pus în dificultate în public (ca în **fobia socială**), a fi contaminat (ca în **tulburarea obsesivo-compulsivă**), a lua în greutate (ca în **anorexia nervoasă**), a avea o maladie gravă (ca în **hipocondrie**), a avea acuze somatice multiple (ca în **tulburarea de somatizare**) ori la preocupări în legătură cu sănătatea rudelor apropiate sau la a fi departe de ele ori de casă (ca în **anxietatea de separare**). De exemplu, anxietatea prezentă în fobia socială este centrată pe situații sociale viitoare, în care individul trebuie să funcționeze sau să fie evaluat de alții, pe când indivizii cu anxietate generalizată experientează anxietatea, fie că sunt sau nu evaluați.

Mai multe elemente disting preocuparea excesivă a anxietății generalizate de ideile obsesive ale tulburării obsesivo-compulsive. Ideile obsesive nu sunt simple preocupări excesive în legătură cu probleme cotidiene sau ale vieții reale, ci mai curând intrusiuni egodistonice care iau adesea, pe lângă idei, forma constrângerilor, impulsurilor și imaginilor. În final, cele mai multe obsesii sunt acompaniate de compulsii care reduc anxietatea asociată cu obsesiile.

Anxietatea este prezentă constant în **stresul posttraumatic**. Anxietatea generalizată nu este diagnosticată, dacă anxietatea survine exclusiv în cursul stresului posttraumatic. Anxietatea poate fi, de asemenea, prezentă în **tulburarea de adaptare**, dar această categorie reziduală trebuie să fie utilizată, numai când nu sunt satisfăcute criteriile pentru nici o altă tulburare anxioasă (inclusiv anxietatea generalizată). În afară de aceasta, în tulburarea de adaptare anxietatea survine ca răspuns la un stresor de viață și nu persistă mai mult de 6 luni după terminarea stresorului sau a consecințelor sale. Anxietatea generalizată este un element asociat comun al **tulburărilor afective** și **tulburărilor psihotice** și nu trebuie să fie diagnosticată separat, dacă survine exclusiv în cursul acestor condiții.

Mai multe elemente disting anxietatea generalizată de **anxietatea nonpatologică**. În primul rând, preocupările asociate cu anxietatea generalizată sunt dificil de controlat și de regulă interferează semnificativ cu funcționarea, pe când preocupările pentru viața cotidiană sunt percepute ca fiind mai controlabile și pot fi amânate până mai târziu. În al doilea rând, preocupările asociate cu anxietatea generalizată sunt mai pervasive, mai pronunțate, mai detresante și de mai lungă durată, și survin frecvent fără precipitanți. Cu cât sunt mai multe circumstanțele de viață de care o persoană este preocupată în mod excesiv (finanțe, protecția copiilor, randamentul profesional, reparațiile mașinii), cu atât este mai probabil diagnosticul. În al treilea rând, este foarte puțin probabil ca preocupările cotidiene să fie acompaniate de simptome somatice (de ex., de fatigabilitate excesivă, neliniște, sentimentul de stat ca pe ghimpi, iritabilitate), deși aceasta este mai puțin adevărat la copii.

### Criteriile de diagnostic pentru 300.02 Anxietatea Generalizată

A. Anxietate și preocupare (expectație aprehensivă), survenind mai multe zile da decât nu timp de cel puțin 6 luni, în legătură cu un număr de evenimente sau activități (cum ar fi performanța în muncă sau școlară).

B. Persoana constată că este dificil să-și controleze preocuparea.

C. Anxietatea și preocuparea sunt asociate cu trei (sau mai multe) dintre următoarele șase simptome (cu cel puțin câteva simptome prezente mai multe zile da decât nu, în ultimele 6 luni). **Notă**: La copii este cerut un singur item.

(1) neliniște sau sentimentul de stat ca pe ghimpi;
(2) a fi rapid fatigabil;
(3) dificultate în concentrare sau senzația de vid mintal;
(4) iritabilitate;
(5) tensiune musculară;
(6) perturbare de somn (dificultate în a adormi sau în a rămâne adormit ori somn neliniștit și nesatisfăcător).

C. Focarul anxietății și preocupării nu este limitat la elementele unei tulburări de pe axa I, de exemplu, anxietatea sau panica nu este în legătură cu a avea un atac de panică (ca în panică), a fi pus în dificultate în public (ca în fobia socială), a fi contaminat (ca în tulburarea obsesivo-compulsivă), a fi departe de casă sau de rudele apropiate (ca în anxietatea de separare), a lua în greutate (ca în anorexia nervoasă), a avea multimple acuze somatice (ca în tulburarea de somatizare) sau a avea o maladie gravă (ca în hipocondrie), iar anxietatea și preocuparea nu survin exclusiv în cursul stresului posttraumatic.

E. Anxietatea, preocuparea sau simptomele somatice cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante.

F. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul) și nu apare exclusiv în timpul unei tulburări afective, tulburări psihotice ori ale unei tulburări de dezvoltare pervasivă.

## 293.89 Tulburarea Anxioasă datorată unei Condiții Medicale Generale

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării anxioase datorate unei condiții medicale generale este anxietatea semnificativă clinic și considerată a fi datorată efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale. Simptomele pot include simptome notabile de anxietate generalizată, atacuri de panică, obsesii sau compulsii (criteriul A). Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator trebuie să rezulte faptul că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale

(criteriul B). Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală, cum ar fi tulburarea de adaptare cu anxietate, în care stresorul este condiția medicală generală (criteriul C). Diagnosticul nu este pus, dacă simptomele anxioase survin numai în cursul unui delirium (criteriul D). Simptomele anxioase trebuie să cauzeze detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul E).

Pentru a preciza dacă simptomele anxioase se datorează unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să stabilească mai întâi prezența unei condiții medicale generale. Apoi, clinicianul trebuie să stabilească faptul că simptomele anxioase sunt etiologic în relație cu condiția medicală generală printr-un mecanism fiziologic. Este necesară o analiză atentă și cuprinzătoare a numeroși factori pentru a face această judecată. Deși nu există criterii infailibile pentru a stabili dacă relația dintre simptomele anxioase și condiția medicală generală este etiologică, unele considerente oferă o oarecare orientare în acest domeniu. Un prim considerent îl constituie prezența unei asocieri temporale între debutul, exacerbarea sau remisiunea condiției medicale generale și simptomele anxioase. Un al doilea considerent îl constituie prezența elementelor atipice pentru o tulburare anxioasă primară (de ex., etatea la debut sau evoluția atipică ori absența unui istoric familial). Datele din literatură, care sugerează că poate exista o asociere directă între condiția medicală generală în chestiune și apariția simptomelor anxioase, pot oferi un context util în evaluarea unei anumite situații. În afară de aceasta, clinicianul trebuie să aprecieze, de asemenea, dacă perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare anxioasă primară, de o tulburare anxioasă indusă de o substanță ori de alte tulburări mentale primare (de ex., tulburarea de adaptare). Aceste precizări sunt explicate mai în detaliu în secțiunea „Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale" (pag. 181).

## Specificanți

Următorii specificanți pot fi utilizați pentru a indica tabloul simptomatologic predominant în tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale:

**Cu anxietate generalizată**. Acest specificant poate fi utilizat dacă anxietatea sau preocuparea în legătură cu un număr de evenimente sau activități predomină în tabloul clinic.

**Cu atacuri de panică**. Acest specificant poate fi utilizat dacă atacurile de panică (vezi pag. 430) predomină în tabloul clinic.

**Cu simptome obsesivo-compulsive**. Acest specificant poate fi utilizat dacă obsesiile sau compulsiile predomină în tabloul clinic.

## Procedee de înregistrare

În înregistrarea diagnosticului tulburării anxioase datorate unei condiții medicale geneale, clinicianul trebuie să menționeze mai întâi prezența tulburării anxioase, apoi condiția medicală generală identificată, considerată a fi cauza perturbării și, în fine, specificantul corespunzător, care indică tabloul simptomatologic predominant de pe axa I (de ex., 293.89 Tulburare anxioasă datorată tireotoxicozei, cu anxietate generalizată). Codul ICD–9–CM pentru condiția medicală generală trebuie, de asemenea, să fie menționat pe axa III (de ex., 242.9 Tireotoxicoză). Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnostice ale ICD–9–CM pentru condițiile medicale generale selectate.

## Condițiile medicale generale asociate

O diversitate de condiții medicale generale pot cauza simptome anxioase, incluzând condiții endocrine (de ex., hiper- și hipotiroidismul, feocromocitomul, hipoglicemia, hiperadrenocorticismul), condiții cardiovasculare (de ex., insuficiența cardiacă congestivă, embolismul pulmonar, aritmiile), condiții respiratorii (de ex., maladia pulmonară obstructivă cronică, pneumonia, hiperventilația), condiții metabolice (de ex., carența de vitamină B12, porfiria) și condiții neurologice (de ex., neoplasmele, disfuncția vestibulară, encefalitele). Datele examinării somatice asociate, datele de laborator și patternul de prevalență sau de debut reflectă condiția medicală generală etiologică.

## Diagnostic diferențial

Un diagnostic separat de tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale nu este pus, dacă perturbarea anxioasă survine exclusiv în cursul unui **delirium**.Diagnosticul de tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale poate fi pus pe lângă diagnosticul de **demență**, dacă anxietatea este consecința etiologică directă a procesului patologic care cauzează demența și este o parte proeminentă a tabloului clinic. Dacă tabloul clinic include o mixtură de diferite tipuri de simptome (de ex., afective și anxioase), tulburarea mentală specifică datorată unei condiții medicale generale depinde de tipul de simptome care predomină în tabloul clinic.

Dacă există proba unui uz recent sau prelungit de o substanță (inclusiv medicamentele cu efecte psihoactive), a abstinenței de o substanță ori a expunerii la un toxic, trebuie luată în considerație **tulburarea anxioasă indusă de o substanță**. Poate fi util să se efectueze un screening al sângelui sau urinii sau alte examene de laborator adecvate. Simptomele care apar în cursul sau la scurt timp după intoxicația sau abstinența de o substanță, ori după uzul unui medicament (adică, în decurs de 4 săptămâni) pot fi extrem de indicative pentru o tulburare anxioasă indusă de o substanță, în funcție de tipul, durata sau cantitatea de substanță utilizată. Dacă clinicianul a ajuns la concluzia că perturbarea se datorează, atât unei condiții medicale generale, cât și uzului unei substanțe, pot fi puse ambele diagnostice (adică, tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale și tulburare anxioasă indusă de o substanță).

Tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale trebuie să fie distinsă de o **tulburare anxioasă primară** (în special de panică, de anxietate generalizată și de tulburarea obsesivo-compulsivă) și de **tulburarea de adaptare cu anxietate sau cu dispoziție mixtă, anxioasă și depresivă** (de ex., un răspuns dezadaptativ la stres ori la a avea o condiție medicală generală). În tulburările mentale primare, nu pot fi demonstrate nici un fel de mecanisme fiziologice cauzale directe și specifice, asociate cu o condiție medicală generală. Etatea tardivă la debut și absența unui istoric familial sau personal de tulburări anxioase sugerează necesitatea unei evaluări aprofundate pentru a exclude diagnosticul de tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale. În afară de aceasta, simptomele anxioase pot fi un **element asociat al altei tulburări mentale** (de ex., schizofrenia, anorexia nervoasă).

Dacă clinicianul nu poate preciza că perturbarea anxioasă este primară, indusă de o substanță ori datorată unei condiții medicale generale, este diagnosticată **tulburarea anxioasă fără altă specificație.**

**Criteriile de diagnostic pentru 293.89 Tulburarea Anxioasă datorată.... *(Se indică condiția medicală generală)***

A. O anxietate notabilă, atacuri de panică, sau obsesii ori compulsii predomină în tabloul clinic.

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator este evident faptul că perturbarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de tulburarea de adaptare cu anxietate în care stresorul este o condiție medicală generală).

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

E. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

*De specificat* dacă:

**Cu anxietate generalizată**: dacă anxietatea sau preocuparea excesivă în legătură cu un număr de evenimente sau activități predomină în tabloul clinic
**Cu atacuri de panică**: dacă atacurile de panică (vezi pag. 432) predomină în tabloul clinic
**Cu simptome obsesivo-compulsive**: dacă obsesiile sau compulsiile predomină în tabloul clinic

**Notă de codificare**: A se include numele condiției medicale generale pe axa I, de ex., 293.84 Tulburare anxioasă datorată feocromocitomului, cu anxietate generalizată; a se codifica, de asemenea, condiția medicală generală pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).

## Tulburarea Anxioasă indusă de o Substanță

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale tulburării anxioase induse de o substanță sunt simptomele anxioase proeminente (criteriul A) care sunt considerate a fi efectele fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament ori expunerea la un toxic) (criteriul B). În funcție de natura substanței și de contextul în care survin simptomele (adică, în cursul intoxicației sau abstinenței), perturbarea poate implica anxietate notabilă, atacuri de panică, fobii, sau obsesii ori compulsii. Deși tabloul clinic al tulburării anxioase induse de o substanță poate semăna cu cel al panicii, anxietății generalizate, fobiei sociale sau tulburării obsesivo-compulsive, nu sunt satisfăcute criteriile complete pentru nici una din aceste tulburări. Perturbarea nu trebuie să fie explicată mai bine de o tulburare mentală (de ex., de altă tulburare anxioasă) care nu este indusă de o substanță (criteriul C). Diagnosticul nu este pus, dacă simptomele anxioase survin numai în cursul unui delirium (criteriul D). Simptomele trebuie să

cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul E). Acest diagnostic trebuie să fie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță sau de abstinență de o substanță, numai când simptomele anxioase sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență și când simptomele anxioase sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Pentru o discuție mai detaliată a tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 191.

O tulburare anxioasă indusă de o substanță se distinge de o tulburare anxioasă primară, prin luarea în considerație a debutului, evoluției și a altor factori. Pentru drogurile de abuz, din istoric, examenul somatic sau datele de laborator trebuie să rezulte intoxicația sau abstinența.

Tulburările anxioase induse de o substanță apar numai în asociere cu stările de intoxicație sau de abstinență, pe când tulburările anxioase primare pot precede debutul uzului de substanță, ori apar în perioadele de abstinență prelungită. Deoarece starea de abstinență pentru unele substanțe (de ex., unele benzodiazepine) poate fi relativ prelungită, debutul simptomelor anxioase poate surveni într-un interval de până la 4 săptămâni de la încetarea uzului de substanță.

Un alt considerent îl constituie prezența elementelor atipice pentru o tulburare anxioasă primară (de ex., etatea la debut sau evoluția atipice). De exemplu, debutul panicii după etatea de 45 de ani (care este rar) sau prezența unor simptome atipice în cursul unui atac de panică (de ex., un vertij veritabil, pierderea echilibrului, pierderea cunoștinței sau pierderea controlului vezicii urinare sau sfincterului anal, cefalee, vorbire indistinctă sau amnezie) poate sugera o etiologie indusă de o substanță. Din contra, factorii care sugerează că simptomele anxioase sunt explicate mai bine de o tulburare anxioasă primară includ persistența simptomelor anxioase o perioadă substanțială de timp (adică, aproximativ o lună) după terminarea intoxicației cu o substanță sau a abstinenței acute, apariția de simptome care sunt substanțial în exces față de ceea ce ar fi de așteptat, dat fiind tipul sau cantitatea de substanță utilizată ori durata de uz, sau un istoric de tulburări anxioase primare recurente anterioare.

## Specificanți

Următorii specificanți pot fi utilizați pentru a indica prezentarea de simptome care predomină:

**Cu anxietate generalizată**. Acest specificant poate fi utilizat dacă în tabloul clinic predomină anxietatea sau preocuparea în legătură cu un număr de evenimente sau activități.

**Cu atacuri de panică**. Acest specificant poate fi utilizat dacă atacurile de panică (vezi pag. 430) predomină în tabloul clinic.

**Cu simptome obsesivo-compulsive**. Acest specificant poate fi utilizat dacă obsesiile sau compulsiile predomină în tabloul clinic.

**Cu simptome fobice**. Acest specificant poate fi utilizat dacă simptomele fobice predomină în tabloul clinic.

Contextul apariției simptomelor anxioase poate fi indicat prin utilizarea unuia dintre următorii specificanți:

**Cu debut în cursul intoxicației.** Acest specificant trebuie să fie utilizat dacă sunt satisfăcute criteriile pentru intoxicația cu o substanță, iar simptomele apar în cursul sindromului de intoxicație.

**Cu debut în cursul abstinenței.** Acest specificant trebuie utilizat dacă sunt satisfăcute criteriile pentru abstinența de o substanță, iar simptomele apar în cursul, sau la scurt timp după un sindrom de abstinență.

## Procedee de înregistrare

Numele diagnosticului tulburării anxioase induse de o substanță începe (în limba engleză, NT) cu cel al substanței specifice, care se presupune a fi cauza simptomelor anxioase (de ex., alcool, metilfenidat, tiroxina). Codul diagnostic este selectat dintr-o listă de clase de substanțe, prevăzută în setul de criterii. Pentru substanțele care nu intră în nici una dintre clase (de ex., tiroxina), trebuie utilizat codul pentru „altă substanță". În afară de aceasta, pentru medicamentele prescrise în doze terapeutice, medicamentul specificat poate fi indicat prin menționarea codului E corespunzător pe axa I (vezi anexa G). Numele tulburării (de ex., tulburare anxioasă indusă de cafeină) este urmat de specificarea tabloului simptomatologic predominant și a contextului în care apar simptomele (de ex., 292.89 Tulburare anxioasă indusă de cafeină, cu atacuri de panică, cu debut în cursul intoxicației). Când se consideră că mai mult decât o singură substanță joacă un rol semnificativ în apariția simptomelor anxioase, fiecare trebuie să fie menționată separat (de ex., 292.89 Tulburare anxioasă indusă de cocaină, cu anxietate generalizată, cu debut în cursul intoxicației; 291.8 Tulburare anxioasă indusă de alcool, cu anxietate generalizată, cu debut în timpul abstinenței). Dacă o substanță este considerată a fi factorul etiologic, dar substanța specifică sau clasa de substanțe este necunoscută, trebuie să fie utilizată categoria 292.89 Tulburare anxioasă indusă de o substanță necunoscută.

## Substanțe specifice

Tulburările anxioase pot surveni în asociere cu **intoxicația** în următoarele clase de substanțe: alcool, amfetamină și substanțele afine, cafeină, cannabis, cocaină, halucinogene, inhalante, phencyclidină și substanțele afine și alte substanțe ori substanțe necunoscute. Tulburările anxioase pot surveni în asociere cu **abstinența** în următoarele clase de substanțe: alcool, cocaină, sedative, hipnotice și anxiolitice și alte substanțe sau substanțe necunoscute.

Unele dintre medicamentele descrise a evoca simptome anxioase includ anestezicele și analgezicele, simpatomimeticele sau alte bronhodilatatoare, anticolinergicele, insulina, preparatele de tiroidă, anticoncepționalele orale, antihistaminicele, medicamentele antiparkinsoniene, corticosteroizii, medicamentele antihipertensive și cardiovasculare, anticonvulsivantele, carbonatul de litiu, medicamentele antipsihotice și medicamentele antidepresive. Metalele grele și toxicele (de ex., substanțele volatile, precum gazolina și vopselele, insecticidele organofosforate, gazele neurotoxice, oxidul de carbon, bioxidul de carbon) pot cauza, de asemenea, simptome anxioase.

## Diagnostic diferențial

Simptomele anxioase apar frecvent în **intoxicația cu o substanță** și în **abstinența de o substanță**. Diagnosticul de intoxicație cu o substanță specifică ori de abstinență de o substanță specifică va fi de regulă suficient să clasifice tabloul simptomatologic. Un diagnostic de tulburare anxioasă indusă de o substanță trebuie să fie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță sau de abstinență de o substanță, numai când simptomele anxioase sunt considerate a fi în exces comparativ cu cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență și când simptomele anxioase sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. De exemplu, simptomele anxioase sunt un element caracteristic al abstinenței de alcool. Tulburarea anxioasă indusă de alcool trebuie să fie diagnosticată în locul abstinenței de alcool, numai dacă simptomele anxioase sunt mai severe decât cele întâlnite de regulă în abstinența de alcool și sunt suficient de severe pentru a fi un focar separat al atenției și tratamentului. Dacă simptomele anxioase induse de o substanță survin exclusiv în cursul unui **delirium**, simptomele anxioase sunt considerate a fi un element asociat al deliriumului și, ca atare, nu sunt diagnosticate separat. În **tablourile clinice induse de o substanță care conțin o mixtură de diverse tipuri de simptome** (de ex., afective, psihotice și anxioase), tipul specific de tulburare indusă de o substanță de diagnosticat depinde de tipul de simptome care predomină în tabloul clinic.

O tulburare anxioasă indusă de o substanță se distinge de o tulburare anxioasă primară prin faptul că o substanță este considerată a fi etiologic în relație cu simptomele (vezi pag. 479).

O tulburare anxioasă indusă de o substanță, datorată unui tratament prescris pentru o tulburare mentală ori pentru o condiție medicală generală, trebuie să-și aibă debutul în timp ce persoana primește medicamentul (sau în cursul abstinenței, dacă un sindrom de abstinență este asociat cu medicamentul). Odată ce tratamentul este întrerupt, simptomele anxioase se vor remite de regulă în decurs de câteva zile până la câteva săptămâni sau o lună (în funcție de semiviața substanței și de prezența unui sindrom de abstinență). Dacă simptomele persistă peste 4 săptămâni, trebuie luate în considerație alte cauze pentru simptomele anxioase.

Deoarece indivizii cu condiții medicale generale iau adesea medicamente pentru aceste condiții, clinicianul trebuie să aibă în vedere eventualitatea că simptomele anxioase sunt cauzate de consecințele fiziologice ale condiției medicale generale mai curând decât de medicament, în care caz este diagnosticată **tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale**. Istoricul furnizează adesea fundamentul primar pentru o astfel de judecată. Uneori, o schimbare a tratamentului condiției medicale generale (de ex., substituirea sau întreruperea medicamentului) poate fi necesară pentru a stabili empiric, în cazul persoanei respective, dacă medicamentul este agentul cauzal sau nu. Dacă clinicianul a apreciat că tulburarea se datorează, atât condiției generale, cât și uzului unei substanțe, pot fi puse ambele diagnostice (de ex., tulburare anxioasă datorată unei condiții medicale generale și tulburare anxioasă indusă de o substanță). Când există date insuficiente pentru a stabili dacă simptomele anxioase se datorează unei substanțe (inclusiv unui medicament) ori unei condiții medicale generale, sau sunt primare (adică, nu se datorează unei substanțe sau unei condiții medicale generale), atunci poate fi indicat diagnosticul de **tulburare anxioasă fără altă specificație.**

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Anxioasă indusă de o Substanță

A. O anxietate notabilă, atacuri de panică, obsesii sau compulsii predomină în tabloul clinic.

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator este evident, fie (1), sau (2):

(1) simptomele de la criteriul A apar în cursul ori în decurs de o lună de la intoxicația sau abstinența de o substanță;
(2) utilizarea unui medicament este etiologic în relație cu tulburarea.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare anxioasă care nu este indusă de o substanță. Proba că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare anxioasă care nu este indusă de o substanță poate include următoarele: simptomele preced debutul uzului de substanță (sau al unui medicament); simptomele persistă o perioadă substanțială de timp (de ex., aproape o lună) după încetarea intoxicației acute sau a abstinenței severe ori sunt substanțial în exces față de ceea ce ar fi de așteptat, dat fiind tipul sau cantitatea de substanță utilizată ori durata uzului, sau există altă probă sugerând existența unei tulburări anxioase independente, noninduse de o substanță (de ex., un istoric de episoade fără legătură cu o substanță).

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

E. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare în domeniul social sau profesional, ori în alte domenii importante de funcționare.

**Notă:** Acest diagnostic trebuie să fie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță sau de abstinență de o substanță, numai când simptomele anxioase sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență și când simptomele anxioase sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

*A se codifica* astfel tulburările anxioase induse de o substanță specifică:

(291.8 alcool; 292.89 amfetamină sau substanțe similare amfetaminei; 292.89 cafeină; 292.89 cannabis; 292.89 cocaină; 292.89 halucinogene; 292.89 inhalante; 292.89 phencyclidină (sau substanțe similare phencyclidinei); 292.89 sedative, hipnotice sau anxiolitice; 292.89 altă substanță sau o substanță necunoscută).

*De specificat dacă:*

**Cu anxietate generalizată**: dacă anxietatea sau preocuparea în legătură cu un număr de evenimente sau activități predomină în tabloul clinic,
**Cu atacuri de panică**: dacă atacurile de panică (vezi pag. 432) predomină în tabloul clinic,
**Cu simptome obsesivo-compulsive**: dacă obsesiile sau compulsiile predomină în tabloul clinic,
**Cu simptome fobice**: dacă simptome fobice predomină în tabloul clinic.

### Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Anxioasă indusă de o Substanță *(continuare)*

*De specificat dacă:* (vezi tabelul de la pag. 193 pentru aplicabilitatea la substanță):

**Cu debut în cursul intoxicației:** dacă sunt satisfăcute criteriile pentru intoxicația cu o substanță, iar simptomele apar în cursul sindromului de intoxicație,
**Cu debut în cursul abstinenței:** dacă sunt satisfăcute criteriile pentru abstinența de o substanță, iar simptomele apar în cursul sau la scurt timp după un sindrom de abstinență.

## 300.00 Tulburarea Anxioasă Fără Altă Specificație

Această categorie include tulburările cu anxietate sau evitare fobică notabilă care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare anxioasă specifică, pentru tulburarea de adaptare cu anxietate sau tulburarea de adaptare cu dispoziție mixtă depresivă și anxioasă. Exemplele includ:

1. Tulburarea mixtă depresiv-anxioasă: simptome anxioase și depresive semnificative clinic, dar nu sunt satisfăcute criteriile, nici pentru o tulburare depresivă specifică și nici pentru o tulburare anxioasă specifică (vezi pag. 780 pentru criteriile de cercetare sugerate),
2. Simptomele semnificative clinic de fobie socială care sunt în legătură cu impactul social al faptului de a avea o condiție medicală generală ori o tulburare mentală (de ex., maladie Parkinson, condiții dermatologice, balbism, anorexie nervoasă, tulburare dismorfică corporală),
3. Situațiile în care perturbarea este suficient de severă pentru a justifica un diagnostic de tulburare anxioasă, dar în care individul nu este în stare să relateze suficiente simptome pentru a satisface criteriile complete ale vreunei tulburări anxioase; de ex., un individ care relatează toate elementele panicii fără agorafobie cu excepția faptului că atacurile de panică sunt toate atacuri cu simptome limitate,
4. Situațiile în care clinicianul a ajuns la concluzia că este prezentă o tulburare anxioasă, dar este incapabil să stabilească dacă aceasta este primară, datorată unei condiții medicale generale sau este indusă de o substanță.

# Tulburările Somatoforme

Elementul comun al tulburărilor somatoforme îl constituie prezența de simptome somatice care sugerează o condiție medicală generală (de unde termenul de *somatoform*), dar care nu sunt explicate complet de o condiție medicală generală, de efectele directe ale unei substanțe ori de altă tulburare mentală (de ex., panica). Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare. Contrar tulburărilor factice și simulării, simptomele somatice nu sunt intenționale (adică, sub control voluntar). Tulburările somatoforme diferă de factorii psihologici care afectează condiția somatică prin aceea că nu există o condiție medicală generală diagnosticabilă care să explice integral simptomele somatice. Gruparea acestor tulburări într-o singură secțiune se bazează pe utilitatea clinică (adică, pe necesitatea de a exclude condițiile medicale generale oculte sau etiologiile induse de o substanță pentru simptomele corporale), mai curând decât pe presupuneri referitoare la etiologie sau mecanisme comune. Aceste tulburări sunt întâlnite adesea în unitățile medicale generale.

În această secțiune sunt incluse următoarele tulburări somatoforme:

**Tulburarea de somatizare** (istoric, denumită isterie sau sindrom Briquet) este o tulburare polisimptomatică cu debut înainte de etatea de 30 de ani, care se întinde pe o perioadă de ani de zile și este caracterizată printr-o combinație de durere și simptome gastrointestinale, sexuale și pseudoneurologice.

**Tulburarea somatoformă nediferențiată** este caracterizată prin acuze somatice neexplicate, durând cel puțin 6 luni și care sunt sub pragul pentru un diagnostic de tulburare de somatizare.

**Tulburarea de conversie** implică simptome neexplicate sau deficite care afectează activitatea motorie voluntară sau sensibilitatea, sugerând o condiție neurologică sau altă condiție medicală generală. Se consideră că factori psihologici sunt asociați cu simptomele sau deficitele.

**Tulburarea algică** se caracterizează prin durere ca focar predominant al atenției clinice. În plus, factorii psihologici sunt considerați a avea un rol important în debutul, severitatea, exacerbarea și persistența sa.

**Hipocondria** este preocuparea cuiva în legătură cu faptul că ar avea ori ideea că are o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată a simptomelor sau a funcțiilor corporale.

**Tulburarea dismorfică corporală** este preocuparea pentru un defect presupus sau exagerat în aspectul fizic.

**Tulburarea somatoformă fără altă specificație** este inclusă pentru codificarea tulburărilor cu simptome somatoforme care nu satisfac criteriile pentru nici una din tulburările somatoforme specifice.

# 300.81 Tulburarea de Somatizare

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de somatizare este un pattern de acuze somatice semnificative clinic, multiple, recurente. O acuză somatică este considerată a fi semnificativă clinic, dacă duce la tratament medical (de ex., la luarea unui medicament) ori cauzează o deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante. Acuzele somatice trebuie să înceapă înainte de etatea de 30 de ani și să survină o perioadă de mai mulți ani (criteriul A). Multiplele acuze somatice nu pot fi explicate complet de nici o condiție medicală generală cunoscută ori de efectele directe ale unei substanțe. Dacă survin în prezența unei condiții medicale generale, acuzele somatice sau deteriorarea rezultantă a funcționării sociale sau profesionale sunt în exces față de ceea ce ar fi de așteptat din istoric, examenul somatic sau testele de laborator (criteriul C). Trebuie să existe un istoric de durere în raport cu cel puțin patru sedii diferite (de ex., cap, abdomen, spate, articulații, extremități, piept, rect) sau funcții (de ex., menstruație, raport sexual, micțiune) (criteriul B1). Trebuie să existe un istoric de cel puțin două simptome gastrointestinale, altele decât durerea (criteriul B2). Cei mai mulți indivizi cu tulburarea descriu prezența greții și balonării abdominale. Vărsăturile, diareea și intoleranța alimentară sunt mai puțin frecvente. Acuzele gastrointestinale duc adesea la examinări radiologice frecvente și la intervenții chirurgicale abdominale care ulterior se arată a fi fost inutile. Trebuie să existe un istoric de cel puțin un simptom sexual sau reproductiv, altul decât durerea (criteriul B3). La femei, aceasta poate consta din menstre neregulate, menoraogie sau vărsături în timpul sarcinii. La bărbați, pot exista simptome precum disfuncția erectilă sau ejaculatorie. Atât bărbații, cât și femeile pot fi expuși indiferenței sexuale. În fine, trebuie să existe, de asemenea, un istoric de cel puțin un simptom, altul decât durerea, care sugerează o condiție neurologică (simptome de conversie, cum ar fi deteriorarea coordonării sau echilibrului, paralizie sau scădere localizată a forței musculare, dificultate în deglutiție sau senzație de nod în gât, afonie, retenție de urină, halucinații, pierderea sensibilității tactile sau dureroase, diplopie, cecitate, surditate sau crize epileptice, simptome disociative, cum ar fi amnezia, sau pierderea cunoștinței, alta decât leșinul) (criteriul B4). Simptomele, în fiecare dintre aceste grupe, au fost menționate în ordinea aproximativă a frecvenței lor relatate. În fine, simptomele neexplicate din tulburarea de somatizare nu sunt simulate sau produse intenționat (ca în tulburarea factice sau în simulare) (criteriul D).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu tulburarea de somatizare își descriu de regulă acuzele în termeni plini de culoare, exagerați, iar informația factuală specifică lipsește adesea. Ei sunt adesea naratori inconsecvenți, așa că elaborarea unui tabel de control pentru interviul diagnostic poate fi mai puțin eficace decât o trecere în revistă directă a tratamentelor medicale și a spitalizărilor pentru a documenta un pattern al acuzelor somatice frecvente. Ei solicită adesea în același timp tratament de la mai mulți medici, ceea ce poate duce la combinații de tratamente complicate și uneori hazardate. Simptomele anxioase proeminente și dispoziția depresivă sunt foarte frecvente și

pot fi un motiv pentru a fi întâlniți în unități de sănătate mentală. Poate exista un comportament antisocial și impulsiv, amenințări și tentative de suicid și discordie maritală. Viețile acestor indivizi, în special ale celor cu tulburări de personalitate asociate, sunt adesea la fel de haotice și de complicate ca și istoricul lor medical. Uzul frecvent de medicamente poate duce la efecte colaterale și la tulburări în legătură cu o substanță. Acești indivizi se supun de regulă la numeroase examinări medicale, procedee diagnostice, intervenții chirurgicale și spitalizări care expun persoana unui risc crescut de morbiditate asociată cu aceste procedee. Tulburarea depresivă majoră, panica și tulburările în legătură cu o substanță sunt asociate frecvent cu tulburarea de somatizare. Tulburările de personalitate histrionică, borderline și antisocială sunt tulburările de personalitate cel mai frecvent asociate.

**Date de laborator asociate.** Rezultatele testelor de laborator sun remarcabile prin absența de date care să susțină acuzele somatice.

**Datele examenului somatic și condițiile medicale asociate.** Examenul somatic este remarcabil prin absența datelor obiective care să explice integral diversele acuze subiective ale indivizilor cu tulburare de somatizare. Acești indivizi pot fi diagnosticați ca având așa numitele tulburări funcționale (de ex., sindrom de colon iritabil). Deoarece însă aceste sindrome sunt până acum fără semne obiective stabilite sau date de laborator specifice, simptomele lor pot pleda pentru un diagnostic de tulburare de somatizare. Unii indivizi au date obiective și o condiție medicală generală asociată care nu explică în totalitate acuzele. De exemplu, indivizii cu hipotiroidism pot prezenta acuze multiple și un număr semnificativ de date obiective, dar maladia nu explică un astfel de istoric lung de numeroase și diverse acuze.

## Elemente specifice culturii și sexului

Tipul și frecvența simptomelor somatice pot varia a transverso prin diversele culturi. De exemplu, arsurile în mâini și în picioare ori experientarea nondelirantă de viermi în cap sau de furnici reptând sub tegumente reprezintă simptome pseudoneurologice care sunt mai frecvente în Africa și Asia de Sud decât în America de Nord. Simptomele în raport cu funcția de reproducere masculină pot prevala în culturile în care există o preocupare larg răspândită în legătură cu pierderea spermei (de ex., sindromul *dhat* în India). În consecință, trecerea în revistă a simptomelor trebuie să fie adaptată culturii. Simptomele menționate în acest manual sunt exemplele care au fost constatate a fi cele mai relevante diagnostic în Statele Unite. Trebuie reținut că ordinea frecvenței provine din studiile efectuate în Statele Unite.

Tulburarea de somatizare survine rar la bărbați în Statele Unite, iar frecvența mai mare raportată la bărbații greci și portoricani sugerează că factorii culturali pot influența rata sexului.

## Prevalență

Studiile au raportat rate de prevalență pe viață extrem de variabile pentru tulburarea de somatizare, mergând de la 0,2% la 2% la femei și de mai puțin de 0,2% la bărbați. Diferențele procentuale pot depinde și de faptul dacă cel care

intervievează este medic, de metoda de evaluare și de variabilele demografice din eșantioanele studiate. Când sunt utilizați anchetatori care nu sunt medici, tulburarea de somatizare este mult mai puțin frecvent diagnosticată.

## Evoluție

Tulburarea de somatizare este o tulburare cronică, dar fluctuantă, care se remite rar complet. Trece rar un an fără ca individul să nu solicite o examinare medicală, împins fiind de acuze somatice neexplicate. Criteriile de diagnostic sunt satisfăcute de regulă înainte de etatea de 25 de ani, iar simptomele inițiale sunt adesea prezente din adolescență. Dificultățile menstruale pot fi unul dintre cele mai precoce simptome la femei. Simptomele sexuale sunt asociate adesea cu discordie maritală.

## Pattern familial

Tulburarea de somatizare este observată la 10%–20% dintre femeile rude biologice de gradul I ale femeilor cu tulburare de somatizare. Rudele masculine ale femeilor cu această tulburare prezintă un risc crescut de tulburare de personalitate antisocială și de tulburări în legătură cu o substanță. Studiile pe adoptați indică faptul că, atât factorii genetici, cât și cei de mediu contribuie la riscul de tulburare de personalitate antisocială, de tulburări în legătură cu o substanță și de tulburare de somatizare. A avea un părinte biologic sau adoptiv cu oricare dintre aceste tulburări crește riscul de apariție, fie al tulburării de personalitate antisocială, fie al unei tulburări în legătură cu o substanță sau al tulburării de somatizare.

## Diagnostic diferențial

Tabloul simptomatologic întâlnit în tulburarea de somatizare este frecvent nespecific și se poate suprapune peste o multitudine de **condiții medicale generale**. Cele trei elemente care sugerează mai curând un diagnostic de tulburare de somatizare decât o condiție medicală includ 1) implicarea a numeroase sisteme de organe, 2) debutul precoce și evoluția cronică, fără apariția de semne somatice sau de anomalii structurale și 3) absența anomaliilor de laborator caracteristice sau sugerând o condiție medicală generală. Totuși, este necesar să se excludă condițiile medicale generale caracterizate prin simptome somatice vagi, multiple și confuze (de ex., lupusul eritematos sistemic, hiperparatiroidismul, scleroza multiplă, porfiria intermitentă acută, hemocromatoza, maladia Lyme, o maladie parazitară cronică). Dealtfel, tulburarea de somatizare nu protejează indivizii de a avea alte condiții medicale generale independente. Datele obiective trebuie să fie evaluate fără a avea încredere exagerată în acuzele subiective. Debutul tardiv în viață a numeroase simptome somatice este aproape totdeauna datorat unei condiții medicale generale.

**Schizofrenia**, cu multiple idei delirante somatice, trebuie să fie diferențiată de acuzele somatice nondelirante ale indivizilor cu tulburare de somatizare. În rare cazuri, indivizii cu tulburare de somatizare au, de asemenea, și schizofrenie, eventualitate în care trebuie menționate ambele diagnostice. În plus, pot apare halucinații ca simptome pseudoneurologice și trebuie să fie distinse de halucinațiile tipice observate în schizofrenie (vezi pag. 299).

Poate fi dificil de făcut distincție între **tulburările anxioase** și tulburarea de somatizare. În **panică** sunt prezente, de asemenea, numeroase simptome somatice, dar acestea survin în special în cursul atacurilor de panică. Atacurile de panică pot coexista însă cu tulburarea de somatizare; când simptomele somatice survin și alteori decât în cursul atacurilor de panică, pot fi puse ambele diagnostice. Indivizii cu **anxietate generalizată** pot avea o mulțime de acuze somatice asociate cu anxietatea generalizată, dar focarul anxietății și preocupării nu este limitat la acuzele somatice. Indivizii cu **tulburări afective**, în special cu **tulburări depresive**, pot prezenta acuze somatice, cel mai frecvent cefalee, perturbări gastrointestinale sau durere neexplicată. Indivizii cu tulburare de somatizare au acuze somatice recurente de-a lungul celei mai mari părți a vieții lor, indiferent de starea lor afectivă actuală, pe când acuzele somatice în tulburările depresive sunt limitate la episoadele de dispoziție depresivă. Indivizii cu tulburare de somatizare prezintă, de asemenea, frecvent acuze depresive. Dacă sunt satisfăcute criteriile, atât pentru tulburarea de somatizare, cât și pentru tulburare afectivă, pot fi diagnosticate ambele.

Prin definiție, toți indivizii cu tulburare de somatizare au un istoric de simptome de durere, simptome sexuale și simptome de conversie sau disociative. De aceea, dacă aceste simptome survin exclusiv în cursul tulburării de somatizare, nu trebuie pus un diagnostic adițional de **tulburare algică asociată cu factori psihologici**, de **disfuncție sexuală**, **tulburare de conversie** ori de **tulburare disociativă**. **Hipocondria** nu este diagnosticată dacă preocupările în legătură cu faptul că ar avea o maladie severă survin exclusiv în cursul tulburării de somatizare.

Criteriile pentru tulburarea de somatizare din acest manual sunt într-o oarecare măsură mai restrictive decât criteriile originale pentru **sindromul Briquet**. Tablourile clinice somatoforme care nu satisfac criteriile pentru tulburarea de somatizare trebuie să fie clasificate ca **tulburare somatoformă nediferențiată**, dacă durata sindromului este de 6 luni sau mai lungă, ori ca **tulburare somatoformă fără altă specificație**, pentru tablourile clinice de mai scurtă durată.

În **tulburarea factice cu semne și simptome predominant somatice** și în **simulare**, simptomele somatice pot fi produse intenționat pentru asumarea rolului de pacient sau, respectiv, pentru câștig. Simptomele produse intenționat nu trebuie să fie luate în considerație pentru un diagnostic de tulburare de somatizare. Cu toate acestea însă, prezența unor simptome factice sau simulate, amestecate cu alte simptome nonintenționale, nu este rară. În astfel de cazuri mixte trebuie să fie diagnosticate, atât tulburarea de somatizare, cât și tulburarea factice sau simularea.

### Criteriile de diagnostic pentru 300.81 Tulburarea de somatizare

A. Un istoric de multe acuze somatice începând înainte de etatea de 30 de ani care survin o perioadă de mulți ani și care au drept rezultat solicitarea tratamentului sau o deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

B. Fiecare dintre următoarele criterii trebuie să fi fost satisfăcute, cu simptome individuale survenind oricând în cursul perturbării:

(1) *patru simptome algice*: un istoric de durere cu cel puțin patru sedii sau funcțiuni diferite (de ex., cap, abdomen, spate, articulații, extremități, piept, rect, în cursul menstruației, raportului sexual ori micțiunii);
(2) *două simptome gastrointestinale*: un istoric de cel puțin două simptome gastrointestinale, altele decât durerea (de ex., greață, flatulență, vărsături, altele decât în cursul sarcinii, diaree sau intoleranță la diverse alimente);
(3) *un simptom sexual*: un istoric de cel puțin un simptom sexual sau de reproducere, altul decât durerea (de ex., indiferență sexuală, disfuncție erectilă sau ejaculatorie, menstruații neregulate, sângerare menstruală excesivă, vărsături pe toată durata sarcinii);
(4) *un simptom pseudoneurologic*: un istoric de cel puțin un simptom sau deficit sugerând o condiție neurologică nelimitată la durere (simptome de conversie, cum ar fi deteriorarea coordonării sau echilibrului, paralizie sau scăderea localizată a forței musculare, dificultate în deglutiție sau senzația de nod în gât, afonie, retenție de urină, halucinații, pierderea senzației tactile sau de durere, diplopie, cecitate, crize epileptice, simptome disociative, cum ar fi amnezia ori o pierdere a cunoștinței, alta decât leșinul).

C. Fie (1), fie (2):

(1) după o investigație corespunzătoare, nici unul dintre simptomele de la criteriul B nu poate fi explicat complet de o condiție medicală generală cunoscută ori de efectele directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament);
(2) când există o condiție medicală generală asemănătoare, acuzele somatice sau deteriorarea socială sau profesională rezultantă sunt în exces față de ceea ce ar fi de așteptat din istoric, examenul somatic sau datele de laborator.

D. Simptomele nu sunt produse intenționat sau inventate ca (ca în tulburarea factice sau simulare)

## 300.82 Tulburarea Somatoformă Nediferențiată

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării somatoforme nediferențiate îl constituie una sau mai multe acuze somatice (criteriul A), care persistă timp de 6 luni sau mai mult (criteriul D). Cele mai frecvente acuze sunt fatigabilitatea cronică, pierderea

apetitului ori simptomele gastrointestinale sau genitourinare. Aceste simptome nu pot fi explicate complet de nici o condiție medicală generală cunoscută ori de efectele directe ale unei substanțe (de ex., efectele unei leziuni, uzul unei substanțe sau efectele secundare ale unui medicament), ori acuzele somatice sau deteriorarea rezultată sunt cu mult în exces față de ceea ce ar fi de așteptat din istoric, examenul somatic sau datele de laborator (criteriul B). Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social sau profesional, ori în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). Diagnosticul nu este pus când simptomele sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de altă tulburare somatoformă, de o disfuncție sexuală, de o tulburare afectivă, anxioasă, de somn sau psihotică) (criteriul E). Simptomele nu sunt produse intenționat sau simulate (ca în tulburarea factice sau în simulare) (criteriul F).

Aceasta este o categorie reziduală pentru acele tablouri clinice somatoforme persistente care nu satisfac criteriile complete pentru o tulburare somatoformă specifică (de ex., tulburarea de somatizare). Trebuie acordată multă atenție faptului că tabloul clinic nu satisface criteriile pentru tulburarea de somatizare, deoarece indivizii cu acestă tulburare sunt de regulă naratori inconsecvenți (adică, relatează o simptomatologie somatică insuficientă pentru a satisface criteriile la o evaluare, dar suficiente simptome pentru a satisface criteriile complete la altă evaluare). Simptomele care pot fi observate includ exemplele citate la tulburarea de somatizare. Poate exista un singur simptom circumscris, cum ar fi greața ori, mai frecvent, simptome somatice multiple. Acuzele somatice neexplicate cronice duc adesea la consultații medicale, de regulă cu un medic generalist.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Simptomele neexplicate medical și preocuparea referitoare la o maladie somatică pot constitui „idiomurile detresei" modelate cultural, care sunt întrebuințate cultural pentru a exprima temerile în raport cu larga gamă de probleme personale și sociale, fără psihopatologia care să le indice cu tot dinadinsul. Cea mai mare frecvență de acuze somatice neexplicate se constată la femeile tinere cu status socioeconomic inferior, dar astfel de simptome nu sunt limitate la o anumită etate, sex sau grup sociocultural. „Neurastenia", un sindrom descris frecvent în multe părți ale lumii și caracterizat prin fatigabilitate și astenie, este clasificată în DSM–IV ca tulburare somatoformă nediferențiată, dacă simptomele au persistat mai mult de 6 luni.

## Evoluție

Evoluția acuzelor somatice neexplicate individual este inpredictibilă. Diagnosticul eventual al unei condiții medicale generale ori al altei tulburări mentale este frecvent.

## Diagnostic diferențial

A se consulta, de asemenea, secțiunea de diagnostic diferențial pentru tulburarea de somatizare (vezi pag. 488). Tulburarea somatoformă nediferențiată se distinge de **tulburarea de somatizare** prin necesitatea existenței în tulburarea de somatizare a unei multitudini de simptome cu o durată de mai mulți ani și cu debut înainte de etatea de 30 de ani. Dacă acuzele somatice au persistat mai puțin de 6 luni, trebuie pus **diagnosticul de tulburare somatoformă fără altă specificație.**

Tulburarea somatoformă nediferențiată nu este diagnosticată dacă simptomele sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală. Alte tulburări mentale care includ frecvent acuze somatice neexplicate sunt **tulburarea depresivă majoră, tulburările anxioase** și **tulburarea de adaptare.** Contrar tulburării somatoforme nediferențiate, acuzele somatice ale **tulburărilor factice** și **simulării** sunt produse intenționat sau simulate. În tulburarea factice, motivația este aceea de asumare a rolului de pacient și de a obține evaluare și tratament medical, pe când în simulare sunt evidente motive mai externe, cum ar fi compensația financiară, evitarea unei îndatoriri, sustragerea de la o urmărire penală sau obținerea de droguri.

### Criteriile de diagnostic pentru 300.81 Tulburarea Somatoformă Nediferențiată

A. Una sau mai multe acuze somatice (de ex., fatigabilitate, pierderea apetitului, acuze gastrointestinale sau urinare).

B. Fie (1), fie (2):

(1) după o investigație corespunzătoare, simptomele nu pot fi explicate complet de o condiție medicală generală cunoscută ori de efectele directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament);
(2) când există o condiție medicală generală asemănătoare, acuzele somatice sau deteriorarea socială ori profesională rezultată este în exces față de ceea ce ar fi de așteptat din istoric, examenul somatic sau datele de laborator.

C. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Durata perturbării este de cel puțin 6 luni.

E. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de altă tulburare somatoformă, de o disfuncție sexuală, de o tulburare afectivă, anxioasă, de somn sau psihotică).

F. Simptomele nu sunt produse intenționat sau simulate (ca în tulburarea factice sau în simulare).

## 300.11 Tulburarea de Conversie

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de conversie îl constituie prezența de simptome sau de deficite afectând funcționarea motorie voluntară sau senzorială, care sugerează o condiție neurologică sau o condiție medicală generală (criteriul A). Factorii psihologici sunt considerați a fi asociați cu simptomul sau deficitul, judecată bazată pe observația că inițierea sau exacerbarea simptomului sau deficitului este precedată de conflicte sau de alți stresori (criteriul B). Simptomele nu sunt produse intenționat sau simulate, ca în tulburarea factice sau în simulare (criteriul C). Tulburarea de conversie nu este diagnosticată dacă simptomele sau

deficitele sunt explicate complet de o condiție neurologică sau de altă condiție medicală generală, de efectele directe ale unei substanțe, ori ca o experiență sau comportament sancționat cultural (criteriul D). Problema trebuie să fie semnificativă clinic, fapt evidențiat prin detresă marcată, deteriorare în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare ori prin faptul că justifică evaluare medicală (criteriul E). Tulburarea de conversie nu este diagnosticată dacă simptomele sunt limitate la durere sau la disfuncție sexuală, survin exclusiv în cursul tulburării de somatizare ori sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (criteriul F).

Simptomele de conversie sunt în relație cu funcționarea motorie voluntară sau senzorială și de aceea sunt denumite „pseudoneurologice". Simptomele sau deficitele motorii includ alterarea coordonării sau echilibrului, paralizia sau deficitul motor localizat, afonia, dificultatea în deglutiție sau senzația de nod în gât și retenția de urină. Simptomele sau deficitele senzoriale includ pierderea senzației tactile sau de durere, diplopia, cecitatea, surditatea și halucinațiile. Simptomele mai pot include, de asemenea, crize epileptice sau convulsii. Cu cât persoana este mai ignorantă medical, cu atât sunt mai implauzibile simptomele prezentate. Persoanele mai sofisticate tind să prezinte simptome și deficite mai subtile care pot simula îndeaproape condiții neurologice sau alte condiții medicale generale.

Diagnosticul de tulburare de conversie trebuie pus numai după ce a fost efectuată o investigație medicală completă pentru a exclude o condiție neurologică sau o condiție medicală generală etiologică. Deoarece o etiologie medicală generală pentru multe cazuri de tulburare de conversie patentă poate necesita ani până să devină evidentă, diagnosticul trebuie reevaluat periodic. În studiile mai vechi, etiologii medicale generale au fost constatate ulterior într-un sfert până la jumătate dintre persoanele diagnosticate inițial cu simptome de conversie. În studiile mai recente, eroarea de diagnostic este mai puțin evidentă, reflectând, poate, creșterea conștientizării tulburării, ca și ameliorarea cunoștințelor și tehnicilor de diagnostic. Un istoric de alte simptome somatice neexplicate (în special de conversie) sau de simptome disociative înseamnă o probabilitate mai mare ca un simptom de conversie evident să nu fie datorat unei condiții medicale generale, în special dacă în trecut au fost satisfăcute criteriile pentru tulburarea de somatizare.

Simptomele de conversie nu se conformează de regulă căilor anatomice și mecanismelor fiziologice cunoscute, ci urmează în schimb conceptualizarea de către individ a condiției. O „paralizie" poate implica incapacitatea de a efectua o anumită mișcare sau de a mișca o întreagă parte a corpului, mai curând decât un deficit corespunzând patternului de inervație motorie. Simptomele de conversie sunt adesea contradictorii. O extremitate „paralizată" va fi mișcată neglijent când individul se îmbracă ori atenția îi este îndreptată în altă parte. Un braț „paralizat" dacă este ridicat deasupra capului și eliberat își va menține pentru puțin timp poziția, apoi va cădea în lături, mai curând decât să atingă capul. Pot fi puse în evidență forța musculară nerecunoscută în mușchii antagoniști, tonusul muscular normal și reflexele intacte. Electromiograma va fi normală. Dificultatea în deglutiție va interesa în egală măsură lichidele și solidele. „Anestezia" de conversie a unui picior sau mâini poate urma o distribuție, așa zisă în șosetă sau în mănușă, cu pierdere uniformă (fără gradient proximodistal) a tuturor modalităților senzoriale (adică, tact, temperatură și durere), demarcată net de un reper anatomic, mai curând decât conform dermatoamelor. O „criză epileptică" de conversie va varia de la convulsie la convulsie, iar pe EEG nu va fi evidențiată nici o activitate paroxistică.

Chiar când se urmează cu atenție astfel de linii directoare, trebuie manifestată precauție. Cunoașterea mecanismelor anatomice și fiziologice este incompletă, iar metodele de evaluare obiectivă disponibile au limite. O largă gamă de condiții neurologice pot fi diagnosticate eronat ca tulburare de conversie. Dintre acestea sunt de remarcat scleroza multiplă, miastenia gravis și distoniile idiopatice sau induse de o substanță. Prezența unei condiții neurologice nu exclude însă, un diagnostic de tulburare de conversie. Aproximativ o treime dintre indivizii cu simptome de conversie au, sau au avut, o condiție neurologică. Tulburarea de conversie poate fi diagnosticată în prezența unei condiții neurologice sau a altei condiții medicale generale, dacă simptomele nu sunt explicate pe deplin, dată fiind natura și severitatea condiției neurologice sau a altei condiții medicale generale.

Tradițional, termenul de *conversie* derivă din ipoteza că simptomele somatice ale individului reprezintă o rezolvare simbolică a unui conflict psihologic inconștient care reduce anxietatea și servește la ținerea conflictului în afara conștiinței („beneficiu primar"). Individul poate obține astfel un „beneficiu secundar" din simptomul de conversie — adică, sunt obținute beneficii externe sau sunt evitate îndatoriri sau responsabilități prejudiciante. Deși setul de criterii DSM–IV pentru tulburarea de conversie nu implică în mod necesar faptul că simptomele comportă astfel de constructe, el cere ca factorii psihologici să fie asociați cu debutul sau exacerbarea lor. Deoarece factorii psihologici sunt atât de ubicuitar prezenți în raport cu condițiile medicale generale, poate fi dificil de stabilit dacă un anumit factor psihologic este etiologic în relație cu simptomul sau deficitul. Cu toate acestea însă, o relație temporală strânsă între un conflict sau stresor și inițierea sau exacerbarea simptomelor poate fi utilă în această precizare, mai ales dacă persoana a prezentat simptome de conversie în circumstanțe similare în trecut.

Deși individul poate obține un beneficiu secundar din simptomul de conversie, în contrast cu simularea și tulburarea factice, simptomele nu sunt produse intenționat spre a obține beneficii. Stabilirea faptului dacă un simptom este sau nu produs intenționat ori este simulat, poate fi, de asemenea, dificilă. În general, aceasta poate fi dedusă printr-o evaluare atentă a contextului în care apar simptomele, cu referire în special la eventualele recompense externe ori la asumarea rolului de pacient. Poate fi utilă suplimentarea relatării persoanei respective cu surse adiționale de informații (de ex., de la asociați ori din documente).

Tulburarea de conversie nu este diagnosticată dacă un simptom este explicat în totalitate ca o experiență sau comportament sancționat cultural. De exemplu, „viziunile" sau incantațiile" care survin ca parte a unor ritualuri religioase în care astfel de comportamente sunt încurajate și dorite, nu vor justifica un diagnostic de tulburare de conversie decât dacă simptomul excede ceea ce este așteptat în context și cauzează o detresă sau deteriorare exagerată. În „isteria epidemică", simptome comune apar la un grup circumscris de persoane urmând „expunerii" la un factor precipitant comun. Diagnosticul de tulburare de conversie trebuie pus numai dacă individul experientează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic.

## Subtipuri

Sunt notate următoarele subtipuri, pe baza simptomului sau deficitului prezentat:

- **Cu simptom sau deficit motor.** Acest subtip include simptome ca alterarea coordonării sau echilibrului, paralizia sau scăderea localizată a forței musculare, dificultatea în deglutiție sau senzația de „nod în gât", afonia și retenția de urină;

**Cu simptome sau deficit senzorial.** Acest subtip include simptome ca pierderea senzației tactile sau de durere, diplopia, cecitatea, surditatea și halucinațiile;
**Cu crize epileptice sau convulsii.** Acest subtip include crizele epileptice sau convulsiile cu componente motorii voluntare sau senzoriale;
**Cu tablou clinic mixt.** Acest subtip este utilizat dacă sunt evidente simptome din mai mult decât o singură categorie.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu simptome de conversie pot arăta o *la belle indifference* (adică, o lipsă relativă de preocupare față de natura sau implicațiile simptomului) ori le pot prezenta într-o manieră dramatică sau histrionică. Deoarece acești indivizi sunt adesea sugestionabili, simptomele lor pot fi modificate sau rezolvate pe baza unor stimuli externi; trebuie menționat însă că acest aspect nu este specific tulburării de conversie, el putând apare, de asemenea, și în condiții medicale generale. Simptomele pot fi mai frecvente după un stres psihosocial extrem (de ex., lupta sau moartea recentă a unei persoane importante). Dependența și adoptarea rolului de pacient pot fi stimulate în cursul tratamentului. Sunt frecvente și alte acuze somatice de nonconversie. Tulburările mentale asociate includ tulburările disociative, tulburarea depresivă majoră și tulburările de personalitate histrionică, antisocială, borderline și dependentă.

**Date de laborator asociate.** Nici un fel de anomalii de laborator specifice nu sunt asociate cu tulburarea de conversie. De fapt, absența datelor așteptate este cea care sugerează și susține diagnosticul de tulburare de conversie. Însă, datele de laborator concordante cu o condiție medicală generală nu exclud diagnosticul de tulburare de conversie, pentru că aceasta cere ca numai un simptom să nu fie explicat complet de condiție ca atare.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Simptomele tulburării de conversie nu se conformează de regulă căilor anatomice și mecanismelor fiziologice cunoscute. Ca atare, semnele obiective așteptate (de ex., modificările de reflexe) sunt rar prezente. Cu toate acestea, o persoană poate prezenta simptome care seamănă cu cele observate la alții sau chiar la ea însăși (de ex., indivizii cu epilepsie pot simula „crize epileptice" care seamănă cu cele observate de ei la alții sau cu propriile lor crize, așa cum le-au fost acestea descrise de alții). În general, simptomele de conversie individuale sunt autolimitate și nu duc la modificări sau invalidități fizice. Rar, modificările somatice, cum ar fi atrofia sau contracturile pot surveni ca rezultat al inutilizării ori ca sechele ale procedeelor diagnostice sau terapeutice. Este important de notat însă, că simptome de conversie pot apare și la indivizii cu condiții neurologice.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Tulburarea de conversie a fost descrisă ca fiind mai frecventă în populațiile rurale, la indivizii cu status socioeconomic inferior și la indivizii cu mai puține cunoștințe despre conceptele medicale și psihologice. Rate mai mari de simptome de conversie sunt raportate și în regiunile în curs de dezvoltare, în general incidența declinând pe măsura creșterii dezvoltării. Căderea cu pierderea sau

alterarea cunoștinței este un element al unei diversități de sindrome specifice culturii. Forma simptomelor de conversie reflectă ideile culturale locale despre modurile acceptabile și credibile de exprimare a detresei. Modificări asemănătoare simptomelor de conversie (ca și simptomelor disociative) sunt aspecte comune ale anumitor ritualuri religioase și de vindecare sancționate cultural. Clinicianul trebuie să aprecieze, dacă astfel de simptome sunt explicate complet în contextul social particular și dacă ele conduc la o detresă, invaliditate sau deteriorare a rolului, semnificative clinic.

Simptomele de conversie la copii sub 10 ani sunt limitate de regulă la probleme de mers sau la crize epileptice. Tulburarea de conversie pare a fi mai frecventă la femei decât la bărbați, cu rate comunicate variind de la 2:1 la 10:1. În special la femei, simptomele sunt mult mai frecvente de partea stângă decât de partea dreaptă a corpului. Femeile (și mai rar bărbații) care prezintă simptome de conversie pot manifesta mai târziu tabloul complet al tulburării de somatizare. La bărbați, există o asociere între tulburarea de conversie și tulburarea de personalitate antisocială. În plus, la bărbați, tulburarea de conversie este văzută adesea în contextul accidentelor de muncă sau în armată.

## Prevalență

Ratele de tulburare de conversie raportate au variat larg, mergând de la 11/100.000 până la 500/100.000 în eșantioanele de populație generală. Tulburarea a fost raportată în până la 3% dintre pacienții ambulatorii îndrumați spre clinicile de sănătate mentală. Studiile pe pacienți medicali generali/chirurgicali au identificat rate de simptome de conversie variind între 1% și 14%.

## Evoluție

Debutul tulburării de conversie are loc în general tardiv în copilărie sau precoce în viața adultă, și rar înainte de etatea de 10 ani sau după etatea de 35 ani, dar au fost descrise debuturi și în cea de a noua decadă de viață. Când o tulburare de conversie evidentă apare pentru prima dată la o etate medie sau avansată, probabilitatea unei condiții neurologice oculte sau a altei condiții medicale generale este mare. Debutul tulburării de conversie este în general acut, dar poate surveni, de asemenea, și o intensificare graduală a simptomatologiei. De regulă, simptomele de conversie unice sunt de scurtă durată. La indivizii spitalizați cu simptome de conversie, simptomele se remit în decurs de 2 săptămâni în cele mai multe cazuri. Recurența este frecventă, survenind într-o cincime până la un sfert dintre indivizi în decurs de un an, o singură recădere predictând episoade viitoare. Factorii asociați cu un prognostic bun includ debutul acut, prezența unui stres precis identificabil în perioada de debut, un interval scurt între debut și instituirea tratamentului și inteligența peste medie. Simptomele de paralizie, afonie și cecitate sunt asociate cu un prognostic bun, pe când tremorul și crizele epileptice nu.

## Pattern familial

Date limitate sugerează că simptomele de conversie sunt mai frecvente la rudele indivizilor cu tulburare de conversie. A fost descris un risc crescut de tulburare de conversie la perechile de gemeni monozigoți, dar nu și la cele de dizigoți.

## Diagnostic diferențial

Preocuparea diagnostică majoră în evaluarea eventualelor simptome de conversie o constituie excluderea **condițiilor neurologice oculte** sau a **altor condiții medicale generale** și **a etiologiilor induse de o substanță (inclusiv de medicamente)**. Evaluarea corespunzătoare a eventualelor condiții medicale (de ex., scleroza multiplă, miastenia gravis) trebuie să includă trecerea atentă în revistă a tabloului clinic curent, a istoriei medicale generale, examinările neurologice și somatice generale, examenele de laborator adecvate, inclusiv pentru uzul de alcool și de alte substanțe.

**Tulburarea algică** sau o **disfuncție sexuală** este diagnosticată în locul tulburării de conversie, dacă simptomele sunt limitate la durere sau, respectiv, la disfuncția sexuală. Un diagnostic adițional de tulburare de conversie nu trebuie pus dacă simptomele de conversie apar exclusiv în cursul **tulburării de somatizare**. De asemenea, tulburarea de conversie nu este diagnosticată dacă simptomele sunt explicate mai bine de **altă tulburare mentală** (de ex., simptomele catatonice sau ideile delirante somatice în **schizofrenie** sau **alte tulburări psihotice** ori **tulburarea afectivă**, sau dificultatea în deglutiție într-un **atac de panică**). În **hipocondrie**, individul este preocupat de „maladia severă" subiacentă simptomelor pseudoneurologice, pe când în tulburarea de conversie focalizarea este pe simptomul prezentat, și poate exista *la belle indifference*. În **tulburarea dismorfică corporală**, accentul este pus pe preocuparea pentru un defect imaginar sau minor în aspect, mai curând decât pe o modificare a funcției motorii sau senzoriale. Tulburarea de conversie are elemente comune cu **tulburările disociative**. Ambele tulburări implică simptome care sugerează o disfuncție neurologică și pot avea, de asemenea, antecedente comune. Dacă la același individ apar atât simptome de conversie, cât și simptome disociative (ceea ce este frecvent), trebuie puse ambele diagnostice.

Este controversat faptul dacă halucinațiile („pseudohalucinațiile") pot fi considerate ca simptom oportun de tulburare de conversie. Ca distinse de **halucinațiile care apar în contextul unei tulburări psihotice** (de ex., schizofrenia sau altă tulburare psihotică, tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale, tulburarea în legătură cu o substanță ori o tulburare afectivă cu elemente psihotice), halucinațiile în tulburarea de conversie apar în general cu conștiința maladiei intactă și în absența altor simptome psihotice, implică adesea mai mult decât o singură modalitate senzorială (de ex., o halucinație implicând componente vizuale, auditive și tactile), și adesea au un conținut naiv, fantastic sau pueril. Ele au adesea o semnificație psihologică și tind a fi descrise de individ ca fiind ceva interesant.

Simptomele **tulburării factice** și **simulării** sunt produse intenționat sau simulate. În tulburarea factice, motivația este aceea de asumare a rolului de pacient pentru a obține evaluare și tratament medical, pe când în simulare sunt mai evidente scopuri, cum ar fi o compensație financiară, evitarea unei îndatoriri, scăparea de urmărire penală sau obținerea de droguri. Astfel de scopuri pot semăna cu „beneficiul secundar" din simptomele de conversie, cu elementul distinctiv că în simptomele de conversie lipsește intenția conștientă în producerea simptomului.

### Criteriile de diagnostic pentru 300.11 Tulburarea de Conversie

A. Unul sau mai multe simptome sau deficite afectând funcția motorie voluntară sau senzorială și care sugerează o condiție neurologică sau o altă condiție medicală generală.

B. Factorii psihologici sunt considerați a fi asociați cu simptomul sau deficitul, deoarece inițierea sau exacerbarea simptomului sau deficitului este precedată de conflicte sau de alți stresori.

C. Simptomul sau deficitul nu este produs intenționat sau simulat (ca în tulburarea factice Sau în simulare).

D. După o investigație corespunzătoare, simptomul sau deficitul nu poate fi explicat complet de o condiție medicală generală sau de efectele directe ale unei substanțe, ori de un comportament sau experiență sancționată cultural.

E. Simptomul sau deficitul cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare, ori justifică evaluarea medicală.

F. Simptomul sau deficitul nu este limitat la durere sau la o disfuncție sexuală, nu survine exclusiv în cursul tulburării de somatizare și nu este explicat mai bine de altă tulburare mentală.

*De specificat tipul* de simptom sau deficit:

**Cu simptom sau deficit motor**
**Cu simptom sau deficit senzorial**
**Cu crize epileptice sau convulsii**
**Cu tablou clinic mixt**

## Tulburarea Algică

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării algice îl constituie durerea care este focarul predominant al tabloului clinic și care este suficient de severă pentru a justifica atenție clinică (criteriul A). Durerea poate cauza detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul B). Factorii psihologici sunt considerați a juca un rol important în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii (criteriul C). Durerea nu este produsă intenționat sau simulată, ca în tulburarea factice sau în simulare (criteriul D). Tulburarea algică nu este diagnosticată, dacă durerea este explicată mai bine de o tulburare afectivă, anxioasă sau psihotică, sau dacă prezentarea durerii satisface criteriile pentru dispareunie (criteriul E). Exemplele de deteriorare rezultând din durere includ incapacitatea de a munci sau de a urma școala, uzul frecvent de sistemul de asistență medicală, durerea devenind centrul major al vieții individului, uzul substanțial de medicamente și probleme

relaționale, cum ar fi discordia maritală și alterarea stilului normal de viață al familiei. Factorii psihologici implicați pot consta din altă tulburare de pe axa I sau axa II (care trebuie, de asemenea, diagnosticată) ori pot fi de așa natură că nu ating pragul pentru o astfel de tulburare (de ex., reacții la stresori psihologici).

## Subtipuri și specificanți

Tulburarea algică este codificată în conformitate cu subtipul care caracterizează cel mai bine factorii implicați în etiologia și persistența durerii:

**307.80 Tulburare algică asociată cu factori psihologici.** Acest subtip este utilizat când se consideră că factorii psihologici au un rol major în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii. În acest subtip, condițiile medicale generale nu joacă nici un rol sau doar un rol minor în debutul sau persistența durerii. Acest subtip nu este diagnosticat dacă sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de somatizare.

**307.89 Tulburare algică asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală.** Acest subtip este utilizat când, atât factori psihologici, cât și o condiție medicală generală sunt considerați a avea roluri importante în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii. Sediul anatomic al durerii sau condiția medicală generală este codificată pe axa III (vezi „procedee de înregistrare").

**Tulburare algică asociată cu o condiție medicală generală.** Acest subtip de tulburare algică nu este considerat tulburare mentală și este codificat pe axa III. Este citat în această secțiune pentru a facilita diagnosticul diferențial. Durerea rezultă din condiția medicală generală, iar factorii psihologici sunt considerați a nu juca nici un rol sau doar un rol minor în debutul sau persistența durerii. Codul ICD–9–CM pentru acest subtip este selectat pe baza sediului durerii sau a condiției medicale generale, dacă aceasta a fost stabilită (vezi „procedee de înregistrare").

Pentru durerea asociată cu factori psihologici și durerea asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală, pot fi notați următorii specificanți pentru a indica durata durerii:

**Acută.** Acest specificant este utilizat dacă durata durerii este de mai puțin de 6 luni.

**Cronică.** Acest specificant este utilizat dacă durata durerii este de 6 luni sau mai mult.

## Procedee de înregistare

Codul diagnostic pentru durere este selectat pe baza subtipurilor descrise mai sus. Codul este 307.80 pentru tulburarea algică asociată cu factori psihologici. Pentru tulburarea algică asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală, 307.89 este codificat pe axa I, iar condiția medicală generală asociată sau sediul durerii este codificat pe axa III (de ex., 307.89 Tulburare algică asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală, pe axa I; 357.2 Polineuropatie diabetică, pe axa III). Pentru tulburarea algică asociată cu o condiție medicală generală, codul diagnostic pentru durere este selectat pe baza condiției medicale generale asociate, dacă a fost stabilită vreuna (vezi anexa G), ori

a localizării anatomice a durerii, dacă condiția medicală generală nu a fost încă precis stabilită — de exemplu, regiunea lombară (724.2), sciatică (724.3), pelvină (625.9), cefalee (784.0), facială (784.0), toracică (786.50), articulară (719.4), osoasă (733.90), abdominală (789.0), mamară (611.71), renală (788.0), auriculară (388.70), oculară (379.91), orofaringiană (784.1), dentară (525.9), urinară (788.0).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Durerea poate perturba sever diverse aspecte ale vieții cotidiene. Șomajul, incapacitatea și problemele de familie sunt frecvent întâlnite printre indivizii cu forme cronice de durere. Poate apare dependența sau abuzul iatrogen de opiacee, ori dependența sau abuzul de benzodiazepine. Un istoric de abuz sau dependență de o substanță, fie de un drog ilicit, fie de un medicament prescris, crește riscul de dezvoltare a dependenței sau abuzului de o substanță controlată prescrisă pentru tratamentul durerii. Chiar indivizii fără un istoric de dependență sau abuz de o substanță sunt expuși însă uneori dezvoltării unor astfel de probleme. Mai mult de un sfert dintre indivizii cărora le-au fost prescrise opiacee pentru tratamentul durerii cronice pot dezvolta abuz sau dependență. Riscul iatrogenic de dependență de o substanță poate fi redus prin asigurarea unei evaluări corespunzătoare a individului cu durere spre a exclude eventualitatea unei etiologii subiacente tratabile pentru durere; dacă sunt prezente alte tulburări mentale, prin a stabili dacă acestea sunt tratate corespunzător, și prin a verifica dacă medicamentele sunt prescrise de un singur medic și că individul nu le-a obținut din mai multe surse. Abuzul sau dependența de o substanță (cel mai adesea, de alcool) poate complica evoluția pe viață a tulburării algice în până la un sfert dintre indivizii cu durere cronică.

Indivizii a căror durere este asociată cu depresie severă și cei a căror durere este în legătură cu o maladie terminală, de cele mai multe ori cancer, par a fi expuși unui risc crescut de suicid. Indivizii cu durere acută sau cronică recurentă sunt convinși uneori că există undeva un specialist în sănătate care are un „remediu" pentru durere. Ei pot risipi o mare cantitate de timp și bani căutând un țel intangibil. Profesioniștii în asistență medicală pot juca, involuntar, un rol în favorizarea acestui comportament

Durerea poate duce la inactivitate și la izolare socială, care duc în schimb la probleme psihologice (de ex., depresie) și la reducerea rezistenței fizice, care conduc la rândul lor la fatigabilitate și la durere suplimentară. Durerea pare a fi asociată cu alte tulburări mentale, în special cu tulburări afective și anxioase. Durerea cronică pare a fi asociată mai frecvent cu tulburările depresive, pe când durerea acută pare a fi asociată mai frecvent cu tulburările anxioase. Tulburările mentale asociate pot preceda tulburarea algică (și eventual predispun individul la ea), apar concomitent cu ea ori rezultă din ea. Atât formele acute, cât și cele cronice de tulburare algică sunt asociate frecvent cu diverse probleme de somn. Simptomele hipnice frecvente la indivizii cu durere cronică includ întârzierea debutului somnului, deșteptări frecvente din somn, somnul nereconfortant și reducerea duratei somnului. Tulburările de somn, cum ar fi apneea de somn obstructivă și mioclonusul nocturn sunt procentual mai frecvente printre indivizii cu durere cronică decât în populația generală .

**Date de laborator asociate.** În tulburarea algică asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală, teste de laborator adecvate pot

revela patologia asociată cu durerea [de ex., descoperirea unei hernii de disc lombare la un examen RMN (rezonanță magnetică nucleară) la un individ cu durere radiculară în regiunea lombară]. Condițiile medicale generale pot fi prezente, însă, și în absența datelor obiective. Invers, prezența unor astfel de date poate fi coincidentă cu durerea.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** În tulburarea algică asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală, examenul somatic poate revela patologia asociată cu durerea. Tulburarea algică poate fi asociată cu multe condiții medicale generale. Printre cele mai frecvente condiții medicale generale asociate cu durerea se numără diverse condiții musculoscheletale (de ex., hernia de disc, osteoporoza, osteoartrita sau artrita reumatoidă, sindromele miofasciale), neuropatiile (de ex., neuropatiile diabetice, nevralgia postherpetică) și tumorile maligne (de ex., leziunile metastatice osoase, infiltrația tumorală a nervilor). Încercările de a trata durerea pot duce la probleme suplimentare, dintre care unele pot cauza și mai multă durere (de ex., uzul de medicamente antiinflamatorii nonsteroidice duce la detresă gastrointestinală, uzul excesiv de acetaminophen duce la o maladie hepatică, intervențiile chirurgicale duc la aderențe).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Pot exista diferențe în modul cum diversele grupuri etnice și culturale răspund la stimulii dureroși și cum își exprimă reacțiile la durere. Deoarece există însă atât de multe variații individuale, acești factori au o utilitate limitată în evaluarea și managementul indivizilor cu tulburare algică.

Tulburarea algică poate surveni la orice etate. Femeile par a experienta anumite condiții cronice dureroase, cel mai adesea migrenă, cefalei de tensiune și durere musculoscheletală, mai des decât o fac bărbații.

## Prevalență

Durerea care cauzează o deteriorare sau detresă semnificativă în funcționare este frecventă. De exemplu, se estimează că în orice an dat, 10%–15% dintre adulții din Statele Unite au o formă oarecare de incapacitate de muncă datorată numai durerii de spate (dintre care numai unii au tulburare algică). Prevalența tulburării algice este însă neclară. Tulburarea algică asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală pare a fi relativ frecventă în anumite unități clinice, în special în cele în care durerea este o problemă importantă (de ex., clinicile pentru durere, serviciile de consultații de psihiatrie dintr-un spital medical general). Tulburarea algică asociată cu factori psihologici pare a fi mult mai puțin frecventă .

## Evoluție

Cel mai frecvent, durerea acută se rezolvă în perioade de timp relativ scurte. Există o gamă largă de variabilitate în debutul durerii cronice, deși se pare că cu cât durerea acută prezentă este mai lungă, cu atât este mai posibil ca aceasta să devină cronică și persistentă. În cele mai multe cazuri, durerea este prezentă de mulți ani, înainte ca individul să intre în atenția profesiunii de sănătate mentală. Factorii importanți care par a influența recuperarea din tulburarea algică sunt recunoașterea

de către individ a durerii, efectuarea unor eforturi inutile de a controla durerea, participarea la activități cu orar regulat (de ex., la serviciu), gradul de reducere a durerii, recunoașterea și tratarea tulburărilor mentale comorbide, adaptarea psihologică la maladia cronică, și a nu permite durerii să devină factorul determinant în stilul său de viață. Indivizii cu un număr mai mare de zone corporale dureroase și cu un număr mai mare de simptome medicale, altele decât durerea, au un prognostic mai rău.

## Pattern familial

Tulburările depresive, dependența de alcool și durerea cronică pot fi mai frecvente la rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu tulburare algică cronică.

## Diagnostic diferențial

Simptomele algice sunt incluse în criteriile de diagnostic pentru **tulburarea de somatizare**. Dacă durerea asociată cu factori psihologici survine exclusiv în cursul tulburării de somatizare, un diagnostic adițional de tulburare algică asociată cu factori psihologici nu este pus. La fel, dacă tabloul clinic al durerii satisface criteriile pentru dispareunie (adică, durere asociată cu contactul sexual), un diagnostic adițional de tulburare algică nu este pus. Acuzele algice pot fi notabile la indivizii cu **tulburare de conversie**, dar, prin definiție, tulburarea de conversie nu este limitată la simptome algice. Simptomele algice sunt elemente asociate frecvente ale **altor tulburări mentale** (de ex., ale tulburărilor depresive, anxioase, psihotice). Un diagnostic adițional de tulburare algică trebuie luat în considerație, numai dacă durerea este un focar independent de atenție clinică, duce la o detresă sau deteriorare semnificativă clinic și este în exces față de cea asociată de regulă cu altă tulburare mentală.

Simptomele algice pot fi produse intenționat sau simulate în **tulburarea factice** sau în **simulare**. În tulburarea factice, motivația o constituie asumarea rolului de pacient și obținerea de evaluare medicală și tratament, pe când în simulare sunt evidente scopuri mai precise, cum ar fi compensația financiară, evitarea obligațiilor în legătură cu serviciul militar sau închisoarea, scăparea de urmărire penală sau obținerea de droguri.

## Relația cu taxonomia propusă de Asociația Internațională pentru Studiul Durerii

Subcomitetul pentru Taxonomie al Asociației Internaționale pentru Studiul Durerii a propus un sistem de cinci axe pentru clasificarea durerii cronice în conformitate cu I) regiunea anatomică, II) sistemul de organe, III) caracteristicile temporale ale durerii, IV) descrierea de către pacient a intensității și timpului scurs de la debutul durerii și V) etiologia. Acest sistem de cinci axe se concentrează în primul rând pe manifestările somatice ale durerii. El oferă explicații despre factorii psihologici, atât pe axa II unde, poate fi codificată o tulburare mentală, cât și pe axa V, unde etiologiile posibile includ factorii „psihofiziologici" și „psihologici".

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Algică

A. Durerea într-unul sau mai multe sedii anatomice este elementul predominant al tabloului clinic și este suficient de severă pentru a justifica atenție clinică.

B. Durerea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

C. Factorii psihologici sunt considerați a avea un rol important în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii.

D. Simptomul sau deficitul nu este produs intenționat sau simulat (ca în tulburarea factice sau simulare).

E. Durerea nu este explicată mai bine de o tulburare afectivă, anxioasă sau psihotică și nu satisface criteriile pentru dispareunie.

*A se codifica* după cum urmează:

**307.80 Tulburare algică asociată cu factori psihologici**: factorii psihologici sunt considerați a avea rolul major în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii. (Dacă este prezentă o condiție medicală generală, aceasta nu are un rol major în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii). Acest tip de tulburare algică nu este diagnosticat dacă sunt satisfăcute, de asemenea, criteriile pentru tulburarea de somatizare.

*De specificat* dacă:

**Acută:** durata de mai puțin de 6 luni
**Cronică:** durata de 6 luni sau mai mult

**307.89 Tulburare algică asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală:** atât factorii psihologici, cât și o condiție medicală generală sunt considerați a avea roluri importante în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii. Condiția medicală generală asociată sau sediul anatomic al durerii (vezi mai jos) este codificat pe axa III.

*De specificat* dacă:

**Acută:** dacă durata este de mai puțin de 6 luni
**Cronică:** durata de 6 luni sau mai mult

**Notă:** Următoarea nu este considerată tulburare mentală și este inclusă aici pentru a facilita diagnosticul diferențial.

**Tulburare algică asociată cu o condiție medicală generală:** o condiție medicală generală are un rol major în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii. (Dacă sunt prezenți și factori psihologici, aceștia nu sunt considerați a avea un rol major în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența durerii). Codul diagnostic pentru durere este selectat pe baza condiției medicale generale asociate, dacă a fost stabilită vreuna (vezi anexa G) ori pe sediul anatomic al durerii, dacă condiția medicală generală nu a fost încă precis stabilită — de exemplu, regiunea lombară (724.2), sciatică (724.3), pelvină (625.9), cefalee (784.0), facială (784.0), toracică (786.50), articulară (719.4), osoasă (733.90), abdominală (789.0), mamară (611.71), renală (788.0), auriculară (388.70), oculară (379.91), orofaringiană (784.1), dentară (525.9), urinară (788.0).

# 300.7 Hipocondria

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al hipocondriei îl constituie preocuparea subiectului în legătură cu faptul că ar avea sau chiar ideea că are o maladie gravă, pe baza interpretărilor eronate a unuia sau a mai multor semne sau simptome corporale (criteriul A). O evaluare medicală detaliată nu identifică nici o condiție medicală generală care să explice complet temerile persoanei în legătură cu maladia ori cu semnele sau simptomele somatice (deși o condiție medicală generală coexistentă poate fi prezentă). Frica nejustificată sau ideea că ar avea o maladie persistă în disprețul asigurării medicale de contrariu (criteriul B). Convingerea nu este, însă, de intensitate delirantă (adică, persoana poate recunoaște posibilitatea ca ea să fi exagerat gravitatea maladiei temute, sau că, poate, nu există nici o maladie). De asemenea, convingerea nu este limitată la teama circumscrisă referitoare la aspect, ca în tulburarea dismorfică corporală (criteriul C). Preocuparea pentru simptomele corporale cauzează o detresă sau deteriorare în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul D) și durează timp de 6 luni (criteriul E). Preocuparea nu este explicată mai bine de anxietatea generalizată, tulburarea obsesivo-compulsivă, panică, tulburarea depresivă majoră, anxietatea de separare sau de altă tulburare somatoformă (criteriul F).

În hipocondrie, preocuparea poate interesa funcții ale corpului (de ex., bătăile cordului, transpirația sau peristaltismul), anomalii somatice minore (de ex., o mică durere sau o tuse ocazională), sau senzații somatice vagi și ambigue (de ex., „inima obosită", „vene dureroase"). Persoana atribuie aceste simptome sau semne maladiei suspectate și este foarte interesată de semnificația, autenticitatea și etiologia lor. Temerile pot implica diverse sisteme [de organe] ale corpului, la date diferite sau simultan. Alternativ, poate exista o preocupare pentru un singur organ sau pentru o singură maladie (de ex., frica de a nu avea o maladie cardiacă). Examinările medicale repetate, testele diagnostice și asigurarea de către medic fac puțin pentru a ușura teama de o maladie sau suferință somatică. De exemplu, un individ preocupat de faptul că ar putea avea o maladie cardiacă nu va fi liniștit de lipsa repetată de date la examenul somatic, ECG sau chiar la angiografia cardiacă. Indivizii cu hipocondrie se pot alarma citind sau auzind ceva despre maladie, cunoscând pe cineva care a contractat maladia, ori din cauza observațiilor, senzațiilor sau evenimentelor din propriul corp. Preocuparea pentru maladia temută devine adesea elementul central al imaginii de sine a individului, un subiect de discurs social și un răspuns la stresurile vieții.

## Specificant

**Cu conștiința maladiei redusă.** Acest specificant este utilizat dacă, pentru cea mai mare parte a timpului în cursul episodului actual, individul nu recunoaște că teama sa de a nu avea o maladie severă este excesivă sau nejustificată.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Frica de îmbătrânire și de moarte sunt frecvente. Deși indivizii cu hipocondrie acordă o mare importanță sănătății somatice, ei nu au în general deprinderi referitoare la sănătate mai bune (de ex., dietă sănătoasă, exerciții regulate, evitarea fumatului) decât indivizii fără tulburare. Istoricul medical este prezentat adesea în detaliu și a la long în hipocondrie.

„Umblatul din doctor în doctor" și deteriorarea relațiilor doctor–pacient, cu frustrare și supărare de ambele părți, sunt comune. Indivizii cu această tulburare cred adesea că ei nu au primit asistența medicală corespunzătoare și se opun cu tenacitate trimiterii la unitățile de sănătate mentală. Pot rezulta complicații din procedurile diagnostice repetate, care comportă propriul risc și sunt costisitoare. Însă, pentru că acești indivizi au un istoric de multiple acuze fără un fundament somatic clar, ei pot fi examinați superficial, și prezența unei condiții medicale generale poate fi omisă. Relațiile sociale devin tensionate pentru că individul cu hipocondrie este preocupat numai de condiția sa și adesea se așteaptă la un tratament și o atenție specială. Viața sa de familie poate fi perturbată, pe măsură ce ea se centrează tot mai mult pe starea sănătății somatice a individului. Adesea, preocuparea interferează cu performanța profesională și face pe individ să absenteze de la serviciu. În cazurile mai severe, individul cu hipocondrie poate deveni complet invalid.

Maladii severe, în special în copilărie, și experiența anterioară cu maladia unui membru al familiei, se asociază cu apariția hipocondriei. Stresorii psihosociali, în special moartea cuiva apropiat individului, sunt considerați a precipita tulburarea în unele cazuri. Indivizii cu hipocondrie au adesea și alte tulburări mentale (în special tulburări anxioase, depresive și somatoforme).

**Date de laborator asociate.** Datele de laborator nu confirmă preocuparea individului.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale somatice.** Datele examinării somatice nu confirmă preocuparea individului.

## Elemente specifice culturii și sexului

Dacă este nejustificat ca preocuparea pentru maladie să persiste în disprețul evaluării medicale adecvate și al asigurării de contrariu, trebuie să fie judecat în funcție de fondul cultural și modelele explicative. Diagnosticul de hipocondrie trebuie să fie pus cu precauție, dacă ideile individului despre maladie au fost reîntărite de vindecătorii tradiționali care pot contrazice asigurările oferite de evaluările medicale. Datele referitoare la diferențele de etate și sex în prevalență sunt contradictorii, dar tulburarea survine la fel de frecventă la bărbați și la femei.

## Prevalență

Prevalența hipocondriei în populația generală este de 1%-5%. Printre pacienții ambulatori din asistența primară, estimările prevalenței curente merg de la 2% la 7%.

## Evoluție

Hipocondria poate începe la orice etate, cu cea mai frecventă etate la debut situată la începutul perioadei adulte. Evoluția este de regulă cronică, cu intensificări și ameliorări ale simptomelor, dar și recuperarea completă poate surveni uneori. Se pare că debutul acut, durata scurtă, simptomele hipocondriace ușoare, prezența comorbidității medicale generale, absența unei tulburări mentale comorbide și absența beneficiului secundar sunt indicatori de prognostic favorabil. Din cauza cronicității sale, unii văd această tulburare ca având caracteristici notabile „asemănătoare trăsăturilor" (adică, o preocupare de lungă durată pentru acuzele somatice și centrarea pe simptomele corporale).

## Diagnostic diferențial

Cea mai importantă condiție pentru diagnosticul diferențial în hipocondrie o constituie o **condiție medicală generală** subiacentă, cum ar fi stadiile precoce ale condițiilor neurologice (de ex., scleroza multiplă sau miastenia gravis), condițiile endocrine (de ex., o maladie tiroidiană sau paratiroidiană), maladiile care afectează sisteme ale corpului multiple (de ex., lupusul eritematos sistemic) și neoformațiile maligne oculte. Deși prezența unei condiții medicale generale nu exclude posibilitatea unei hipocondrii coexistente, preocupările tranzitorii în legătură cu o condiție medicală generală curentă nu constituie hipocondrie. **Simptomele somatice** (de ex., durerea abdominală) sunt frecvente la copii și nu trebuie să fie diagnosticate ca hipocondrie, decât dacă copilul are o preocupare prelungită referitoare la faptul că are o maladie severă. Preocupările somatice și frica de debilitate pot fi frecvente la persoanele în etate. Debutul **preocupărilor pentru sănătate la o etate avansată** este foarte posibil însă să corespundă realității sau să reflecte o tulburare afectivă mai curând decât hipocondria.

Un număr de alte tulburări poate fi caracterizat prin preocupări în legătură cu sănătatea sau maladia. Hipocondria nu este diagnosticată dacă preocupările pentru sănătate ale individului sunt explicate mai bine de către una dintre aceste tulburări. De exemplu, indivizii cu **anxietate generalizată** sunt preocupați de un număr de evenimente și activități care pot include preocupări în legătură cu faptul de a avea o maladie. Un diagnostic separat de hipocondrie trebuie luat în considerație numai dacă preocuparea în legătură cu a avea o maladie se află în centrul preocupării predominante a individului. Unii indivizi în **episod depresiv major** vor fi preocupați de temerile excesive referitoare la sănătatea somatică. Un diagnostic separat de hipocondrie nu este pus dacă aceste preocupări survin numai în cursul episoadelor depresive majore. Depresia survine însă adesea secundar hipocondriei, în care caz hipocondria trebuie, de asemenea, diagnosticată.

Indivizii cu hipocondrie pot avea gânduri intrusive referitoare la a avea o maladie și pot avea, de asemenea, comportamente compulsive asociate (de ex., să caute reasigurare). Un diagnostic separat de **tulburare obsesivo-compulsivă** este pus numai dacă obsesiile sau compulsiile sunt limitate la preocupările referitoare la maladie (de ex., verificarea încuietorilor). Ocazional, indivizii cu hipocondrie pot experienta **atacuri de panică**, acestea fiind declanșate de preocupările hipocondriace. Un diagnostic separat de atacuri de panică este pus numai când sunt, de asemenea, prezente atacuri de panică inopinate recurente. În **tulburarea dismorfică corporală**, preocuparea este limitată la aspectul fizic al persoanei. Contrar unei **fobii specifice** („de maladie"), în care individul se teme să nu fie expus unei maladii, hipocondria se caracterizează prin preocuparea referitoare la faptul că are deja maladia.

În hipocondrie, convingerea referitoare la maladie nu atinge proporții delirante (adică, individul poate admite posibilitatea că maladia temută nu este prezentă), contrar ideilor delirante somatice care pot apare în **tulburările psihotice** (de ex., în schizofrenie, tulburarea delirantă, tipul somatic și tulburarea depresivă majoră, cu elemente psihotice).

### Criteriile de diagnostic pentru 300.7 Hipocondrie

A. Preocuparea subiectului în legătură cu faptul că ar avea sau chiar ideea că are o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată de către acesta a simptomelor corporale.

B. Preocuparea persistă în disprețul evaluării medicale corespunzătoare și a asigurării de contrariu.

C. Convingerea de la criteriul A nu este de intensitate delirantă (ca în tulburarea delirantă, tip somatic), și nu este limitată la o preocupare circumscrisă la aspect (ca în tulburarea dismorfică corporală).

D. Preocuparea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

E. Durata perturbării este de cel puțin 6 luni.

F. Preocuparea nu este explicată mai bine de anxietatea generalizată, tulburarea obsesivocompulsivă, panică, un episod depresiv major, anxietatea de separare sau altă tulburare somatoformă.

*De specificat* dacă:

**Cu conștiința maladiei redusă**: dacă, pentru cea mai mare parte a timpului în cursul episodului curent, persoana nu recunoaște că preocuparea referitoare la avea o maladie este excesivă sau nejustificată.

## 300.7 Tulburarea Dismorfică Corporală

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării dismorfice corporale (istoric, cunoscută ca dismorfofobie) este preocuparea referitoare la un defect în aspect (criteriul A). Defectul este fie imaginar ori, dacă este prezentă o ușoară anomalie fizică, temerea individului este clar excesivă (criteriul A). Preocuparea trebuie să cauzeze o detresă sau o deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul B). Preocuparea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de insatisfacția în legătură cu conformația și dimensiunea corpului, din anorexia nervoasă) (criteriul C).

Acuzele implică frecvent defecte imaginare sau ușoare ale feței sau capului, cum ar fi subțirimea părului, acneea, ridurile, cicatricile, petele vasculare, paloarea sau roșeața feței, umflături, asimetrie sau disproporție facială ori păr facial în exces. Alte preocupări comune includ conformația, dimensiunea sau un alt aspect al nasului, ochilor, pleoapelor, sprâncenelor, urechilor, gurii, buzelor, dinților,

mandibulei, bărbiei, obrajilor sau capului. Însă, oricare altă parte a corpului poate fi în centrul preocupării (de ex., organele genitale, sânii, fesele, abdomenul, brațele, mâinile, picioarele, coapsele, umerii, coloana vertebrală, regiuni mari ale corpului sau dimensiunea totală a corpului sau construcția corpului și musculatura). Preocuparea poate fi centrată simultan pe mai multe părți ale corpului. Deși acuza este adesea specifică (de ex., buza „răsfrântă" sau nas „borcănat"), ea este adesea vagă (de ex., față „abătută" sau privire „insuficient de limpede"). Din cauza jenei cauzate de preocupările lor, unii indivizi cu tulburare dismorfică corporală evită să-și descrie „defectele" în detaliu și se referă în schimb doar la urâțenia lor generală.

Cei mai mulți indivizi cu această tulburare experientează o detresă considerabilă în legătură cu presupusa lor diformitate și adesea își descriu preocupările ca fiind „extrem de dureroase", „turmentante" sau „devastante". Cei mai mulți își consideră preocupările dificil de controlat și pot face doar o mică încercare sau nu fac nici una pentru a le rezista. În consecință, ei pierd adesea ore întregi gândindu-se la „defectul" lor, mergând până acolo că aceste gânduri le pot domina complet viața. Survine o deteriorare semnificativă în multe domenii de funcționare. Sentimentele de jenă în legătură cu „defectul" lor pot duce la evitarea serviciului sau a situațiilor publice.

## Elemente și tulburări asociate

Verificarea frecventă în oglindă și verificarea „defectului" în alte suprafețe reflectante disponibile (de ex., ferestrele magazinelor, barele de protecție ale autoturismelor, cadranele orologiilor) pot lua multe ore pe zi. Unii indivizi utilizează o lumină specială sau ochelari care măresc, pentru a-și observa „defectul". Poate exista un comportament de ornare excesiv (de ex., pieptănare excesivă a părului, smulgerea părului, aplicarea ritualizată a machiajului ori exprimarea tegumentelor între degete). Deși verificarea și ornarea sunt efectuate de unii indivizi pentru a diminua anxietatea în legătură cu „defectul", acestea intensifică adesea preocuparea și anxietatea asociată. În consecință, unii indivizi evită oglinzile, uneori le acoperă sau le îndepărtează din ambianța lor. Alții par a alterna între perioade de verificare excesivă în oglindă și perioade de evitare a acesteia. Pot exista cereri frecvente de reasigurare referitoare la „defect", dar o astfel de reasigurare duce numai temporar, dacă duce, la ușurare. Indivizii cu această tulburare pot, de asemenea, să compare frecvent partea „urâtă" a corpului lor cu cea a altora. Sunt, de asemenea, frecvente idei de referință în legătură cu presupusul lor defect. Indivizii cu această tulburare cred adesea că alții pot da (sau chiar dau) atenție presupusului lor defect, că poate vorbesc despre acesta și îl iau în râs. Ei pot încerca să-și camufleze „defectul" (de ex., își lasă barbă pentru a acoperi cicatricile faciale imaginate, poartă pălărie pentru a ascunde presupusa pierdere a părului, își umplu șortul pentru a crește un penis „mic"). Unii indivizi pot fi extrem de preocupați de teama că partea „urâtă" a corpului lor va funcționa rău sau este extrem de fragilă și în permanent pericol de a fi lezată. Conștiința defectelor percepute este adesea redusă, iar unii indivizi sunt deliranți, adică sunt ferm convinși că opinia lor despre defect este corectă și nedistorsionată și nu pot fi convinși de contrariu. Ideile de referință și ideile delirante de referință în legătură cu defectul imaginat sunt, de asemenea, frecvente, adică, indivizii cu această tulburare cred că ceilalți pot lua notă (sau au luat deja) de presupusul lor defect și vorbesc despre acesta sau îl iau în râs.

Evitarea activităților uzuale poate duce la izolare socială extremă. În unele cazuri, indivizii ies din casă numai noaptea, când nu pot fi văzuți ori rămân țintuiți în casă, uneori timp de ani. Indivizii cu această tulburare pot abandona școala, evită interviurile la angajarea în serviciu, lucrează în posturi sub capacitatea lor ori nu lucrează deloc. Pot avea puțini amici, evită întâlnirile și alte interacțiuni sociale, au dificultăți maritale sau ajung să divorțeze din cauza simptomelor lor. Detresa și disfuncția asociată cu această tulburare, deși variabile, pot duce la spitalizări repetate și la idei de suicid, tentative de suicid și suicid complet. Indivizii cu tulburarea dismorfică corporală solicită și primesc un tratament medical general, dentar sau chirurgical pentru rectificarea presupuselor lor defecte.

Astfel de tratamente pot duce la agravarea tulburării, la intensificarea sau apariția de noi preocupări care, la rândul lor, duc la procedee terapeutice ulterioare lipsite de succes, astfel că indivizii în final posedă nasuri, urechi, sâni și șolduri „sintetice", de care ei nu sunt totuși satisfăcuți. Tulburarea dismorfică corporală poate fi asociată cu tulburarea depresivă majoră, tulburarea delirantă, fobia socială și tulburarea obsesivo-compulsivă.

## Elemente specifice culturii și sexului

Interesele culturale pentru aspectul fizic și importanța propriei autoreprezentări pot influența sau amplifică preocupările în legătură cu diformitatea fizică presupusă.Tulburarea dismorfică corporală poate fi la fel de frecventă la femei și la bărbați în unitățile de sănătate mentală ambulatorii.

## Prevalență

Prevalența tulburării dismorfice corporale în comunitate este necunoscută. În unitățile de sănătate mentală clinice, procentele raportate de tulburare dismorfică corporală la indivizii cu tulburări anxioase sau depresive merg de la mai puțin de 5% la aproximativ 40%. În unitățile de dermatologie și de chirurgie cosmetică (estetică), procentele raportate de tulburare dismorfică corporală merg de la 6% la 15%.

## Evoluție

Tulburarea dismorfică corporală începe de regulă în adolescență, dar poate debuta și în copilărie. Tulburarea poate însă să nu fie diagnosticată timp de mulți ani, pentru că adesea indivizii cu tulburarea refuză să-și reveleze simptomele. Debutul poate fi gradual sau brusc. Tulburarea are adesea o evoluție cât se poate de continuă, cu puține intervale fără simptome, cu toate că intensitatea simptomelor se poate accentua sau diminua în decursul timpului. Partea corpului pe care este centrată preocuparea poate rămâne aceeași sau se poate schimba.

## Diagnostic diferențial

Contrar **preocupărilor normale pentru aspect**, preocuparea pentru aspect în tulburarea dismorfică corporală este excesiv de consumatoare de timp și este asociată cu detresă sau deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare. Tulburarea dismorfică corporală poate fi însă subrecunoscută în situațiile în care au fost efectuate proceduri cosmetice. Antrenamentul excesiv (de ex., ridicarea de greutăți) care poate surveni în tulburarea dismorfică corporală pentru a corecta un defect perceput în aspect

trebuie să fie diferențiat de **antrenamentul sănătos** și de antrenamentul excesiv care poate surveni ca parte a unei **tulburări de comportament alimentar.**

Diagnosticul de tulburare dismorfică corporală nu trebuie să fie pus dacă preocuparea este explicată mai bine de **altă tulburare mentală**. Tulburarea dismorfică corporală nu trebuie să fie diagnosticată, dacă preocuparea excesivă este limitată la temerile referitoare la „îngrășare" din **anorexia nervoasă**, dacă preocuparea individului este limitată la disconfortul sau sentimentul de inadecvare în legătură cu caracteristicile sale sexuale primare sau secundare care apar în **tulburarea de identitate sexuală**, ori dacă preocuparea este limitată la ruminații congruente cu dispoziția implicând aspectul, care apar exclusiv în cursul unui **episod depresiv major**. Depresia survine adesea însă secundar tulburării dismorfice corporale, în care caz trebuie diagnosticată tulburarea dismorfică corporală .

Indivizii cu **tulburare de personalitate evitantă** ori cu **fobie socială** pot fi preocupați de faptul că sunt puși în dificultate de defecte reale în aspect, dar această preocupare nu este de regulă notabilă, persistentă, detresantă, consumatoare de timp și deteriorantă. Deși indivizii cu tulburare dismorfică corporală au preocupări obsesive în legătură cu aspectul lor și pot avea comportamente compulsive asociate (de ex., verificare în oglindă), un diagnostic separat de **tulburare obsesivo-compulsivă** este pus, numai când obsesiile sau compulsiile nu sunt reduse la preocupări referitoare la aspect. Unii indivizi cu tulburare dismorfică corporală își pot îndepărta părul de pe corp sau își pot pișca tegumentele în tentativa lor de a-și ameliora aspectul; aceste comportamente trebuie distinse de smulgerea părului din **tricotilomanie**, care nu survine ca răspuns la preocupări referitoare la aspect și de pișcatul tegumentelor care poate fi asociat cu alte tulburări mentale

Indivizii cu tulburare dismorfică corporală pot primi un diagnostic adițional de **tulburare delirantă de tip somatic**, dacă preocuparea lor pentru un presupus defect în aspect este menținută cu intensitate delirantă.

**Koro** este un sindrom circumscris cultural care apare în special în Asia de Sud-Est și care poate fi apropiat de tulburarea dismorfică corporală. Se caracterizează prin preocuparea că penisul (sau labiile, mameloanele sau sânii la femei) se micșorează sau se retractează și va (vor) dispare în abdomen. Această preocupare este însoțită adesea de convingerea că va surveni moartea. Koro diferă de tulburarea dismorfică corporală prin durata sa de regulă scurtă, elementele asociate diferite (în primul rând anxietatea acută și frica de moarte), răspunsul pozitiv la asigurarea de contrariu și apariția ocazională ca epidemie.

## Criteriile de diagnostic pentru 300.7 Tulburarea Dismorfică Corporală

A. Preocupare pentru un presupus defect în aspect. Dacă este prezentă și o ușoară anomalie fizică, preocuparea persoanei este marcat excesivă.

B. Preocuparea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

C. Preocuparea nu este explicată de altă tulburare mentală (de ex., de insatisfacția în legătură cu conformația și dimensiunea corpului în anorexia nervoasă).

## 300.81 Tulburarea Somatoformă Fără Altă Specificație

Această categorie include tulburările cu simptome somatoforme care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare somatoformă specifică. Exemplele includ:

1. Pseudociesisul: convingerea falsă că ar fi însărcinată, asociată cu semne obiective de sarcină, acestea putând include mărirea abdomenului (deși ombilicul nu este șters), reducerea fluxului menstrual, amenoreea, senzația subiectivă de mișcări fetale, greața, mărirea sânilor și secreții și dureri de travaliu la data presupusă a nașterii. Pot fi prezente modificări endocrine (de ex., o tumoră secretantă de hormoni).
2. O tulburare implicând simptome hipocondriace nonpsihotice cu o durată de mai puțin de 6 luni.
3. O tulburare implicând acuze somatice neexplicate (de ex., fatigabilitate sau debilitate corporală) cu o durată de mai puțin de 6 luni și care nu se datorează altei tulburări mentale.

# Tulburările Factice

Tulburările factice se caracterizează prin simptome somatice sau psihologice care sunt produse intenţional sau simulate în scopul asumării rolului de pacient. Judecata că un anumit simptom este produs intenţional este făcută, atât prin proba directă, cât şi prin excluderea altor cauze ale simptomului. De exemplu, un individ care se prezintă cu hematurie este descoperit a poseda anticoagulante. Persoana neagă a le fi luat, dar examenul sângelui concordă cu ingestia de anticoagulante. O inferenţă raţională, în absenţa probei că ingestia a survenit accidental, este aceea că individul a putut lua medicamentul intenţionat. Trebuie notat că prezenţa de simptome factice nu exclude coexistenţa simptomelor somatice sau psihologice adevărate.

Tulburările factice se disting de actele de simulare. În simulare, individul produce, de asemenea, intenţional simptomele, dar are un scop care este clar recognoscibil când sunt cunoscute circumstanţele ambientale. De exemplu, producerea intenţională a simptomelor pentru a evita îndatorirea de jurat, judecarea unui proces sau încorporarea, trebuie să fie clasificate ca simulare. La fel, dacă un individ, care este spitalizat pentru tratamentul unei tulburări mentale, simulează o exacerbare a maladiei pentru a evita transferul la alt spital mai puţin agreat, aceasta va fi considerata un act de simulare. Din contra, în tulburarea factice, motivaţia o constituie necesitatea psihologică de asumare a rolului de pacient, după cum demonstrează absenţa mobilurilor externe pentru comportament. Simularea poate fi considerată a fi adaptativă în anumite circumstanţe (de ex., în situaţiile de ostatec) dar, prin definiţie, un diagnostic de tulburare factice implică totdeauna psihopatologie.

## Tulburarea factice

Elementul esenţial al tulburării factice îl constituie producerea intenţională de semne sau simptome somatice sau psihologice (criteriul A). Tabloul clinic poate include fabricarea de acuze subiective (de ex., acuze de durere abdominală acută, în absenţa unei astfel de dureri), condiţii autoprovocate (de ex., producerea de abcese prin injectarea de salivă în piele), exagerarea sau exacerbarea condiţiilor medicale generale (de ex., simularea unei crize de grand mal de către un individ cu un istoric anterior de epilepsie), ori orice combinaţie sau variaţie a acestora. Motivaţia acestui comportament este aceea a asumării rolului de pacient (criteriul B). Mobilurile externe ale acestui comportament (de ex., avantaj economic, evitarea unor responsabilităţi legale sau ameliorarea bunăstării materiale, ca în simulare) sunt absente (criteriul C).

Indivizii cu tulburare factice îşi prezintă de regulă istoricul cu un fler dramatic, dar sunt extrem de vagi şi inconsecvenţi când sunt chestionaţi mai în detaliu. Ei se pot angaja în minciună patologică de o asemenea manieră, că intrigă ascultătorul, în legătură cu oricare aspect al istoricului sau simptomelor

lor (adică, pseudologie fantastică). Adesea, ei au cunoștințe întinse de terminologie medicală și de rutine de spital. Acuzarea de dureri și solicitarea de analgezice sunt foarte frecvente. După ce extinsa elaborare a principalelor lor acuze s-a arătat a fi negativă, ei se plâng adesea de alte probleme somatice sau psihologice, și produc mai multe simptome factice. Indivizii cu această tulburare se pot supune cu ardoare unor multiple procedee și operații invasive. În timp ce se află în spital, au de regulă puțini vizitatori. În final, se ajunge la momentul în care natura factice a simptomelor individului este descoperită (de ex., persoana respectivă este recunoscută de cineva care a întâlnit-o în cursul unei internări anterioare; alte spitale confirmă multiplele spitalizări anterioare pentru simptomatologia factice). Când sunt confruntați cu proba că simptomele lor sunt factice, indivizii cu această tulburare neagă de regulă alegațiile sau se externează rapid, contrar avizului medical. Frecvent vor fi internați în alt spital, curând după aceea. Spitalizările lor repetate îi duc adesea prin numeroase orașe, state sau țări.

## Subtipuri

Tulburarea factice este codificată în conformitate cu subtipul pe care-l caracterizează cel mai bine simptomele predominante.

**300.16 Cu semne și simptome predominant psihologice.** Acest subtip descrie un tablou clinic în care predomină semnele și simptomele psihologice. Se caracterizează prin producerea intențională sau simularea de simptome psihologice (adesea psihotice) care sugerează o tulburare mentală. Scopul individului este, evident, acela de asumare a rolului de „pacient" și, de altfel, nu este inteligibil în lumina circumstanțelor ambientale (în contrast cu simularea). Acest subtip poate fi sugerat de simptomatologia vastă care adesea nu corespunde unui pattern sindromologic tipic, de o evoluție și un răspuns la tratament inuzual, și de agravarea simptomelor când individul realizează că este pus sub observație. Indivizii cu acest subtip de tulburare factice pot acuza depresie și ideație suicidară urmând morții soției (soțului) (moartea nefiind confirmată de alți informatori), pierderea memoriei (recente și îndepărtate), halucinații (auditive și vizuale) și simptome disociative. Acești indivizi pot fi extrem de sugestionabili și își pot însuși multe dintre simptomele aduse în discuție în cursul unei treceri în revistă a acestora. Invers, pot fi extrem de contradictorii și necooperanți când sunt chestionați. Tabloul clinic reprezintă de regulă concepția individului despre tulburarea mentală și nu se conformează nici unei categorii diagnostice recunoscute.

**300.19 Cu semne și simptome predominant somatice.** Acest subtip descrie un tablou clinic în care predomină semnele și simptomele unei condiții medicale generale aparente. Întreaga viață a individului poate consta din încercări de a fi internat ori de a sta întrun spital (fapt cunoscut ca „sindromul lui Münchausen"). Tablourile clinice includ frecvent durere în cadranul inferior drept, asociată cu greață și vomă, amețeală și obnubilare, hemoptizie masivă, rașuri și abcese generalizate, febră de origine nedeterminată, sângerări secundare ingestiei de anticoagulante și sindrome „similare lupusului". Toate organele sunt ținte eventuale, iar simptomele prezentate sunt limitate numai de cunoștințele medicale, sofisticarea și imaginația individului.

**300.19 Cu semne și simptome psihologice și somatice combinate.** Acest subtip descrie un tablou clinic în care sunt prezente, atât simptome și semne psihologice, cât și somatice, dar nu predomină nici unele.

## Elemente și tulburări asociate

În tulburarea factice cu semne și simptome predominant psihologice poate apare datul de răspunsuri aproximative (de ex., 8 x 8 fac 65). Individul poate utiliza pe ascuns substanțe psihoactive în scopul producerii simptomelor care sugerează o tulburare mentală (de ex., stimulante pentru a produce neliniște și insomnie, halucinogene pentru a induce stări de alterare a percepțiilor, analgezice pentru a induce euforia și hipnotice pentru a induce letargia). Combinațiile de substanțe pot produce tablouri clinice extrem de insolite.

Indivizii cu tulburare factice cu semne și simptome predominant somatice pot prezenta, de asemenea, și abuz de o substanță, în special de analgezicele și sedativele prescrise. Numeroasele spitalizări duc frecvent la condiții medicale generale induse iatrogenic (de ex., la formarea de cicatrici cheloide prin intervenții chirurgicale inutile ori la reacții adverse la medicamente). Indivizii cu forma cronică a acestei tulburări pot căpăta un „abdomen în formă de grătar", din cauza numeroaselor intervenții chirurgicale. Tulburarea factice este de regulă incompatibilă cu menținerea de către individ a unui serviciu sigur, a legăturilor de familie și a relațiilor interpersonale. Posibilii factori predispozanți la tulburarea factice includ prezența altor tulburări mentale sau condiții medicale generale în copilărie sau adolescență care au dus la tratamente medicale și la spitalizări îndelungate, resentimentele față de profesia medicală, funcționarea într-o poziție apropiată de medicină, prezența unei tulburări severe de personalitate, cel mai adesea tulburarea de personalitate borderline.

## Prevalență

Există puține informații despre prevalența tulburării factice. Tehnicile epidemiologice standard sunt incomodate de faptul că tulburarea factice implică totdeauna decepție, iar uneori și peregrinări, astfel că adesea nu poate fi recunoscută. Pe de altă parte, forma cronică a tulburării poate fi supraraportată, pentru că indivizii afectați se prezintă la diverși medici din spitale diferite, adesea sub nume diferite. Cele mai bune date indică faptul că în cele mai mari spitale generale, tulburarea factice este diagnosticată la în jur de 1% dintre pacienții pe care-i consultă profesioniștii în sănătate mentală. Prevalența pare a fi mai mare în unitățile de tratament de de înaltă specializare. Tablourile clinice cu simptome și semne psihologice predominante sunt raportate mult mai puțin frecvent decât cele cu simptome și semne somatice predominante.

## Evoluție

Evoluția tulburării factice constă de regulă din episoade intermitente. Mai rar există un singur episod sau o maladie nonremitentă, cronică. Debutul are loc de regulă precoce în viața adultă, adesea după o spitalizare pentru o condiție medicală generală ori altă tulburare mentală. În forma cronică a acestei tulburări, un pattern de spitalizări succesive poate deveni un pattern pe viață.

## Diagnostic diferențial

O tulburare factice trebuie să fie distinsă de o condiție medicală generală adevărată și de o tulburare mentală adevărată. Suspiciunea că o tulburare mentală sau o condiție medicală generală aparentă reprezintă de fapt o tulburare factice trebuie să apară, dacă orice combinație a următoarelor simptome este remarcată la un individ spitalizat: un tablou clinic atipic sau dramatic, care nu se conformează unei condiții medicale generale sau tulburări mentale identificabile; simptome sau comportamente care sunt prezente numai când individul este observat; pseudologie fantastică; comportament perturbant în salon (de ex., nesupunere la regulamentele spitalului, certuri cu surorile și medicii); cunoștințe ample de terminologie medicală și rutine de spital; uz în ascuns de o substanță; evidența a multiple intervenții terapeutice (de ex., intervenții chirurgicale repetate, terapie electroconvulsivantă repetată în diverse rânduri); istoric amplu de călătorii; nici un vizitator sau doar foarte puțini în timp ce se află internat în spital; evoluție clinică fluctuantă cu apariție rapidă de „complicații" sau a unei noi „patologii" îndată ce elaborarea inițială s-a probat a fi negativă.

În tulburările somatoforme, sunt prezente, de asemenea, acuze somatice care nu sunt atribuibile în totalitate unei condiții medicale generale adevărate, dar simptomele nu sunt produse intenționat. Simularea diferă de tulburarea factice prin aceea că în simulare individul este motivat conștient de un mobil extern. Indivizii cu simulare pot solicita spitalizare prin producerea de simptome în încercarea de a obține o compensație, de a scăpa de o urmărire în justiție sau, mai simplu, pentru „a obține un pat pentru noapte". Însă, scopul este de regulă evident, iar ei pot „stopa" simptomele când acestea nu le mai sunt necesare. În tulburarea factice, individul nu este de regulă conștient de motivația din spatele comportamentului factice, iar mobilurile externe sunt absente.

### Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea Factice

A. Producerea intenționată sau simularea de simptome sau semne psihologice sau somatice.

B. Motivația comportamentului o constituie asumarea rolului de pacient.

C. Mobilurile externe pentru comportament (cum ar fi avantajul economic, evitarea responsabilităților legale sau ameliorarea sănătății fizice, ca în simulare) sunt absente.

*Se codifică* pe baza tipului:

**300.16 Cu simptome și semne psihologice predominante**: dacă simptomele și semnele psihologice predomină în tabloul clinic,
**300.19 Cu simptome și semne somatice predominante**: dacă simptomele și semnele somatice predomină în tabloul clinic,
**300.19 Cu simptome și semne somatice și psihologice combinate**: dacă atât simptomele și semnele somatice, cât și cele psihologice sunt prezente, dar nici unele nu predomină în tabloul clinic.

## 300.19 Tulburarea Factice Fără Altă Specificație

Această categorie include tulburările cu simptome factice care nu satisfac criteriile pentru tulburarea factice. Un exemplu în acest sens îl constituie tulburarea factice prin procură (by proxy): producerea sau simularea de simptome somatice sau psihologice la altă persoană care se află sub îngrijirea individului în scopul asumării rolului de pacient (vezi pag. 781 pentru criteriile de cercetare sugerate).

# Tulburările Disociative

Elementul esențial al tulburărilor disociative îl constituie o ruptură în funcțiile de regulă integrate ale conștiinței, memoriei, identității sau percepției ambianței. Perturbarea poate fi bruscă sau graduală, tranzitorie sau cronică. În această secțiune sunt incluse următoarele tulburări:

**Amnezia disociativă**, caracterizată prin incapacitatea de a evoca informații personale importante, de regulă de natură traumatică sau stresantă, și care este prea extinsă pentru a fi explicată prin simpla uitare.

**Fuga disociativă**, caracterizată printr-o călătorie bruscă, inopinată, departe de casă sau de locul de muncă habitual, însoțită de incapacitatea de a evoca propriul trecut și de confuzie referitoare la identitatea personală sau asumarea unei noi identități.

**Tulburarea de identitate disociativă** (anterior, tulburarea de personalitate multiplă), caracterizată prin prezența a două sau mai multe identități sau stări de personalitate distincte care iau recurent controlul comportamentului individului și sunt însoțite de incapacitatea de a evoca informații personale importante, și care este prea extinsă pentru a putea fi explicată prin simpla uitare. Aceasta este o tulburare caracterizată prin fragmentarea personalității, mai curând decât printr-o proliferare de personalități separate.

**Tulburarea de depersonalizare**, caracterizată prin sentimentul persistent sau recurent de a fi detașat de propriile procese mentale sau de propriul corp, și care este însoțită de o testare a realității intactă.

**Tulburarea disociativă fără altă specificație** este inclusă pentru codificarea tulburărilor în care elementul predominant este un simptom disociativ, dar care nu satisface criteriile pentru nici o tulburare disociativă specifică.

Simptomele disociative sunt incluse, de asemenea, și în seturile de criterii pentru stresul acut, stresul posttraumatic și tulburarea de somatizare. Un diagnostic adițional de tulburare disociativă nu este pus dacă simptomele disociative apar exclusiv în cursul uneia dintre aceste tulburări. În unele clasificări, reacția de conversie este considerată a fi un fenomen disociativ; în DSM–IV însă, tulburarea de conversie este plasată în secțiunea „Tulburărilor somatoforme" pentru a sublinia importanța condițiilor neurologice sau a condițiilor medicale generale, luate în considerație în diagnosticul diferențial.

O perspectivă transculturală este extrem de importantă în evaluarea tulburărilor disociative, deoarece stările disociative sunt o expresie acceptată și comună a activităților culturale sau a experiențelor religioase în multe societăți. În cele mai multe cazuri, stările disociative nu sunt patologice și nu duc la detresă, deteriorare sau comportament de căutare a ajutorului semnificative. Un număr de sindrome definite cultural și caracterizate prin disociere cauzează însă detresă și deteriorare și sunt recunoscute în mod special ca manifestări patologice (vezi pag. 783 și 897), deși simptomatologia poate lua diferite forme în diverse culturi, cum ar fi episoadele scurte de stupor disociativ sau de posesiune a spiritului în India.

# 300.12 Amnezia Disociativă (*anterior* Amnezia Psihogenă)

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al amneziei disociative îl constituie incapacitatea de a evoca informații personale importante, de regulă de natură traumatică sau stresantă, care este prea întinsă pentru a fi explicată prin uitarea comună (criteriul A). Această tulburare implică o deteriorare reversibilă a memoriei, în care amintirea experienței personale nu poate fi reprodusă în forma verbală (sau dacă este reprodusă, nu poate fi reținută în totalitate în conștiință). Perturbarea nu survine exclusiv în cursul tulburării de identitate disociativă, fugii disociative, stresului posttraumatic, stresului acut sau tulburării de somatizare și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe ori ale unei condiții neurologice sau ale altei condiții medicale generale (criteriul B). Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare (criteriul C).

Amnezia disociativă se prezintă cel mai frecvent ca o lacună sau o serie de lacune raportate retrospectiv în evocarea unor aspecte din istoria vieții individului. Aceste lacune se referă de regulă la evenimente traumatice sau excesiv de stresante. Unii indivizi pot avea amnezie pentru episoadele de automutilare, accesele de furie violente sau tentativele de suicid. Mai rar, amnezia disociativă se prezintă ca un episod florid cu debut brusc. Este posibil ca această formă acută să survină în perioadele de război sau ca răspuns la un dezastru natural.

În amnezia disociativă au fost descrise mai multe tipuri de perturbări de memorie. În *amnezia localizată*, individul nu-și poate aminti evenimentele care au avut loc în decursul unor perioade circumscrise de timp, de regulă în primele ore care urmează unui eveniment profund perturbant (de ex., supraviețuitorul indemn al unui accident de mașină, în care un membru al familiei sale a fost ucis, nu este capabil să evoce nimic din ceea ce s-a întâmplat din momentul accidentului și până cu două zile mai târziu). *În amnezia selectivă*, persoana își poate aminti ceva, dar nu toate evenimentele din cursul unei perioade circumscrise de timp (de ex., un veteran de război își poate aminti numai unele părți ale unei serii de experiențe violente de luptă). Alte trei tipuri de amnezie — generalizată, continuă și sistematizată — sunt mai puțin frecvente. În *amnezia generalizată*, incapacitatea de evocare interesează întreaga viață a persoanei. Indivizii cu această tulburare rară sunt aduși la poliție, la camerele de gardă sau la serviciile de consultații în alte specialități (inclusiv psihiatrie) ale spitalelor generale. *Amnezia continuă* este definită ca incapacitatea de a evoca evenimentele ulterioare unei anumite date și până în prezent. *Amnezia sistematizată* este pierderea memoriei pentru o anumită categorie de informații, cum ar fi toate amintirile referitoare la propria familie sau la o anumită persoană. Indivizii care prezintă aceste ultime trei tipuri de amnezie disociativă pot fi diagnosticați în final ca având o formă mai complexă de tulburare disociativă (de ex., tulburare de identitate disociativă).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Unii indivizi cu amnezie disociativă relatează simptome depresive, anxioase, depersonalizare, stări de

transă, analgezie și regresie-spontană a etății. Ei pot da răspunsuri alături la întrebări (de ex., 2 plus 2 fac 5) ca în sindromul Ganser. Alte probleme care însoțesc uneori această tulburare includ disfuncția sexuală, deteriorarea în activitatea profesională și în relațiile interpersonale, automutilarea, impulsurile agresive și impulsurile și actele suicidare. Indivizii cu amnezie disociativă pot avea, de asemenea, simptome care satisfac criteriile pentru tulburarea de conversie, o tulburare afectivă sau o tulburare de personalitate.

**Date de laborator asociate.** Indivizii cu amnezie disociativă prezintă adesea hipnotizabilitate crescută, după cum indică măsurătorile prin teste standardizate.

## Elemente specifice etății

Amnezia disociativă este extrem de dificil de evaluat la copii preadolescenți, pentru că poate fi confundată cu inatenția, anxietatea, comportamentul opozitionist, tulburările de învățare, tulburările psihotice și amnezia copilăriei corespunzătoare dezvoltării (adică, evocarea redusă a evenimentelor autobiografice care au avut loc înainte de etatea de 5 ani). Poate fi necesară o serie de observații sau o evaluare de către mai mulți examinatori (de ex., învățător, terapeut, asistent social) pentru a pune un diagnostic exact de amnezie disociativă la copii.

## Prevalență

În ultimii ani în Statele Unite, există o creștere în raportarea de cazuri de amnezie disociativă care implică traumele micii copilării, uitate anterior. Această creștere a fost subiectul unor interpretări foarte diferite. Unii consideră că o mai mare conștientizare a diagnosticului printre profesioniștii în sănătate mentală a dus la identificarea de cazuri care anterior nu fuseseră diagnosticate ca atare. Din contra, alții consideră că sindromul a fost supradiagnosticat la indivizii care sunt foarte sugestionabili.

## Evoluție

Amnezia disociativă poate fi prezentă la orice grup de etate, de la copii mici până la adulți. Principala manifestare la cei mai mulți indivizi o constituie o lacună retrospectivă în memorie. Durata afirmată a evenimentelor pentru care există amnezie poate fi de la câteva minute până la câțiva ani. Poate fi descris un singur episod de amnezie, deși au fost descrise frecvent două sau mai multe episoade. Indivizii care au avut un episod de amnezie disociativă pot fi predispuși la a prezenta amnezie pentru circumstanțe traumatice ulterioare. Amnezia acută se poate rezolva spontan, după ce individul este scos din circumstanțele traumatice cu care este asociată amnezia (de ex., un soldat, cu amnezie localizată după mai multe zile de luptă intensă, își poate recăpăta spontan memoria acestor experiențe, după ce este scos din câmpul de luptă). Unii indivizi cu amnezie cronică pot începe gradual să evoce amintirile disociate. Alți indivizi pot prezenta o formă cronică de amnezie.

## Diagnostic diferențial

Amnezia disociativă trebuie să fie distinsă de **tulburarea amnestică datorată unei condiții medicale generale**, în care amnezia este considerată a fi consecința fiziologică a unei condiții neurologice sau a altei condiții medicale generale (de

ex., un traumatism cranian, epilepsia) (vezi pag. 175). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. În **tulburarea amnestică datorată unei leziuni cerebrale**, perturbarea evocării, deși circumscrisă, este adesea atât retrogradă (adică, cuprinde o perioadă de timp dinaintea traumatismului cranian), cât și anterogradă (adică, pentru evenimentele de după traumatism) și există de regulă un istoric clar de traumatism fizic, o perioadă de inconștiență sau proba clinică a unei leziuni cerebrale. Din contră, în amnezia disociativă, perturbarea evocării este aproape totdeauna anterogradă (adică, pierderea memoriei este limitată la perioada de după traumatism) și nu există de regulă probleme cu învățarea informațiilor noi. Rarele cazuri de amnezie disociativă cu amnezie retrogradă pot fi distinse prin uzul diagnostic al hipnozei; recuperarea promptă a amintirilor pierdute sugerează o bază disociativă pentru perturbare. În **crizele epileptice**, deteriorarea memoriei debutează brusc, pot fi prezente anomalii motorii, iar examenele EEG repetate relevă anomalii caracteristice. În **delirium** și în **demență**, pierderea memoriei este încrustată într-un set mai larg de perturbări cognitive, lingvistice, afective, de atenție, percepție și comportament. Din contra, în amnezia disociativă, pierderea memoriei interesează în primul rând datele autobiografice, iar capacitățile cognitive sunt în general conservate. Amnezia asociată cu o condiție medicală generală de regulă nu este reversibilă.

Pierderea memoriei asociată cu uzul unor substanțe sau al unor medicamente trebuie să fie distinsă de amnezia disociativă. **Tulburarea amnestică persistentă indusă de o substanță** trebuie să fie diagnosticată, dacă se consideră că există o pierdere persistentă a memoriei care este în raport cu efectele fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz sau un medicament) (vezi pag. 177). În timp ce în amnezia disociativă capacitatea de a evoca amintirile noi este prezervată, în tulburarea amnestică persistentă indusă de o substanță memoria de scurtă durată este deteriorată (adică, evenimentele pot fi evocate imediat după ce au avut loc, dar nu și după ce au trecut câteva minute). Pierderea memoriei asociată cu **intoxicația cu o substanță** (de ex., „blackouts") pot fi distinse de amnezia disociativă prin asocierea pierderii memoriei cu uzul excesiv de o substanță și prin faptul că amnezia nu este de regulă reversibilă.

Simptomul disociativ de amnezie este un element caracteristic, atât al fugii disociative, cât și al tulburării de identitate disociativă. Ca atare, dacă amnezia disociativă survine exclusiv în cursul **fugii disociative** sau al **tulburării de identitate disociativă**, un diagnostic separat de amnezie disociativă nu este pus. Deoarece depersonalizarea este un element asociat al amneziei disociative, depersonalizarea care survine numai în cursul amneziei disociative nu va fi diagnosticată separat ca **tulburare de depersonalizare.**

În **stresul postraumatic** și în **stresul acut**, poate exista amnezie pentru evenimentul traumatic. De asemenea, simptome disociative, ca amnezia, sunt incluse în setul de criterii pentru **tulburarea de somatizare**. Amnezia disociativă nu este diagnosticată dacă apare exclusiv în cursul acestor tulburări.

Amnezia de simulare este mai frecventă la indivizii cu simptome floride, acute, într-un context în care este evident un beneficiu secundar potențial — de exemplu, probleme financiare sau legale ori dorința de a evita lupta, deși amnezia adevărată poate fi asociată cu astfel de stresori. În afară de aceasta, indivizii cu amnezie disociativă veritabilă obțin scoruri mari la măsurătorile standard ale capacității disociative și de hipnotizabilitate.

Trebuie să fim precauți în evaluarea acurateței amintirilor recuperate, deoarece informatorii sunt adesea foarte sugestionabili. Au existat controverse considerabile referitoare la amnezia în legătură cu maltratarea corporală sau abuzul sexual relatat, în special când se susține că abuzul a avut loc în mica copilărie. Unii clinicieni cred că a existat o subraportare a unor astfel de evenimente, în special pentru faptul că victimele sunt adesea copii, iar comitenții sunt înclinați să-și nege sau să-și distorsioneze acțiunile. Alți clinicieni, însă, sunt preocupați de faptul că poate exista o supraraportare, dată fiind în special lipsa de fidelitate a amintirilor copilăriei. Nu există actualmente nici o metodă pentru a stabili cu certitudine acuratețea unor asemenea amintiri recuperate, în absența unor probe coroborante.

Amnezia disociativă trebuie să fie distinsă, de asemenea, de pierderea memoriei în raport cu **declinul cognitiv în legătură cu etatea** și **formele nonpatologice de amnezie** incluzând pierderea memoriei de fiecare zi, amnezia posthipnotică, amnezia infantilă și a copilăriei și amnezia pentru somn și vis. Amnezia disociativă poate fi distinsă de lacunele mnestice normale prin natura intermitentă și involuntară a incapacității de evocare și prin prezența unei detrese sau deteriorări semnificative.

### Criteriile de diagnostic pentru 300.12 Amnezia Disociativă

A. Perturbarea predominantă o constituie unul sau mai multe episoade de incapacitate de a evoca informații personale importante, de regulă de natură traumatică sau stresantă, și care este prea întinsă pentru a putea fi explicată de uitarea comună.

B. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul tulburării de identitate disociativă, fugii disociative, stresului posttraumatic, stresului acut sau tulburării de somatizare și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții neurologice ori ale altei condiții medicale generale (de ex., tulburarea amnestică datorată unui traumatism cranian).

C. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante.

## 300.13 Fuga Disociativă (*anterior* Fuga Psihogenă)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al fugii disociative îl constituie călătoria bruscă, inopinată, departe de casă sau de locul habitual de activități zilnice, cu incapacitatea de a reaminti o parte sau întregul trecut (criteriul A). Aceasta este însoțită de confuzie în legătură cu identitatea personală sau chiar cu asumarea unei noi identități (criteriul B). Perturbarea nu survine exclusiv în cursul tulburării de identitate disociativă și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale (criteriul C). Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau

deteriorare semnificativă clinic în domeniul social sau profesional ori în alte domenii importante de funcționare (criteriul D).

Călătoria poate merge de la scurte excursii, în timpul unor perioade scurte de timp (de ex., ore sau zile), până la peregrinaje complexe, discrete, în decursul unor lungi perioade de timp (de ex., săptămâni sau luni), cu unii indivizi relatând traversarea a numeroase frontiere naționale și parcurgerea a mii de mile. În cursul fugii, indivizii par a fi în general fără nici un fel de psihopatologie, și nu atrag în nici un fel atenția. Într-un anumit moment însă, individul atrage atenția clinică, de regulă din cauza amneziei sale pentru evenimentele recente sau a lipsei conștiinței identității personale. Îndată ce revine la starea anterioară fugii, individul poate să nu mai aibă nici o amintire despre evenimentele care au avut loc în timpul fugii.

Cele mai multe fugi nu implică formarea unei noi identități. Dacă în cursul fugii este asumată o nouă identitate, aceasta este caracterizată de regulă prin trăsături mai gregare și mai dezinhibate decât cele care caracterizează identitatea anterioară. Persoana își poate lua un nou nume, își poate stabili alt domiciliu și se poate angaja în activități sociale complexe care sunt bine integrate și care nu sugerează prezența unei tulburări mentale.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** După revenirea la starea anterioară fugii, poate fi remarcată amnezia pentru evenimentele traumatizante din trecutul persoanei (de ex., după terminarea unei fugi lungi, un soldat rămâne amnezic pentru evenimentele din timpul războiului care au avut loc cu mult timp înainte și în care cel mai bun amic al său a fost ucis). Pot fi prezente depresia, disforia, dezolarea, rușinea, culpa, stresul psihologic, impulsuri conflictuale, suicidare și agresive. Persoana poate da răspunsuri incorecte și alături la întrebări (de ex., 2 plus 2 fac 5) ca în sindromul Ganser. Întinderea și durata fugii poate determina gradul altor probleme, cum ar fi pierderea serviciului sau ruperea gravă a relațiilor personale sau familiale. Indivizii cu fugă disociativă pot avea o tulburare afectivă, stres posttraumatic sau o tulburare în legătură cu o substanță.

## Elemente specifice culturii

Indivizii cu diverse sindrome „de fugă" definite cultural (de ex., *pibloktoq*, printre nativii din zona arctică, *grisi siknis*, printre miskito din Honduras și Nicaragua, magia „frenetică" a populației Navajo și unele forme de *amok* în culturile din vestul Pacificului) pot avea simptome care satisfac criteriile de diagnostic pentru fuga disociativă. Acestea sunt condiții caracterizate prin debutul brusc al unui înalt nivel de activitate, al unei stări asemănătoare transei, al unui comportament potențial periculos sub formă de fugă sau dispariție și epuizarea, somnul și amnezia consecutive pentru episod. (Vezi, de asemenea, transa disociativă în anexa B, pag. 783).

## Prevalență

În populația generală a fost raportată o rată de prevalență pentru fuga disociativă de 0,2%. Prevalența poate crește în cursul perioadelor de evenimente extrem de stresante, cum ar fi războiul sau un dezastru natural.

## Evoluție

Debutul fugii disociative este de regulă în raport cu evenimente de viață traumatizante, stresante sau copleșitoare. Cele mai multe cazuri sunt descrise la adulți. Cel mai frecvent sunt raportate episoade unice, care pot dura de la câteva ore la câteva luni. Recuperarea este de regulă rapidă, însă în unele cazuri poate persista o amnezie disociativă refractară.

## Diagnostic diferențial

Fuga disociativă trebuie să fie distinsă de simptome care sunt considerate a fi **consecința fiziologică directă a unei condiții medicale specifice** (de ex., a unui traumatism cranian) (vezi pag. 181). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. S-a observat că indivizii cu **crize parțiale complexe** prezintă vagabondaj sau un comportament semiorientat spre un scop în timpul crizelor sau al stărilor postictale pentru care există amnezie consecutivă. Însă, o fugă epileptică poate fi recunoscută, pentru că de regulă individul poate prezenta aură, anomalii motorii, comportament stereotip, alterări perceptive, o stare postictală și date anormale pe EEG seriate. Simptomele disociative considerate a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale trebuie să fie diagnosticate ca **tulburare mentală fără altă specificație datorată unei condiții medicale generale**. Fuga disociativă trebuie distinsă, de asemenea, de simptomele cauzate de efectele fiziologice directe ale unei substanțe (vezi pag. 209).

Dacă simptomele fugii survin numai în cursul **tulburării de identitate disociativă**, fuga disociativă nu trebuie să fie diagnosticată separat. **Amnezia disociativă** și **tulburarea de depersonalizare** nu trebuie să fie diagnosticate separat, dacă simptomele de amnezie sau de depersonalizare survin numai în cursul fugii disociative. Vagabondajul și călătoria fără scop care survin în cursul unui **episod maniacal**, trebuie să fie distinse de fuga disociativă. Ca și în fuga disociativă, indivizii în episod maniacal pot relata amnezie pentru anumite perioade din viața lor, în special pentru comportamentul care survine în cursul stărilor eutimice sau depresive. Într-un episod maniacal însă, călătoria este asociată cu idei de grandoare și alte simptome maniacale, iar astfel de indivizi atrag adesea atenția asupra lor printr-un comportament inadecvat. Nu survine asumarea unei identități alternative.

Comportamentul peripatetic (vagabondajul) poate surveni, de asemenea, în **schizofrenie.** Memoria pentru evenimentele care au avut loc în cursul episoadelor de vagabondaj la indivizii cu schizofrenie poate fi dificil de stabilit din cauza limbajului dezorganizat al individului. Indivizii cu fugă disociativă nu prezintă însă în general nici o psihopatologie asociată cu schizofrenia (de ex., idei delirante, simptome negative).

Stările de fugă simulate pot surveni la indivizi care încearcă să fugă de o situație implicând dificultăți legale, financiare sau personale, ca și la soldații care încearcă să evite lupta sau obligațiile militare neplăcute (deși, și fuga disociativă veritabilă poate fi asociată cu astfel de stresori). Simularea simptomelor disociative poate fi menținută chiar în timpul interviurilor sub hipnoză sau al celor facilitate de barbiturice. În context medico-legal, examinatorul trebuie să dea întotdeauna atenție diagnosticului de simulare când este invocată fuga. Conduita infracțională care este bizară sau cu puțin beneficiu real poate fi mai compatibilă cu o perturbare disociativă veritabilă.

### Criteriile de diagnostic pentru 300.13 Fuga Disociativă

A. Perturbarea predominantă o constituie o călătorie inopinată departe de casă sau de locul uzual de muncă, cu incapacitatea de a reaminti propriul trecut.

B. Confuzie referitoare la identitatea personală sau asumarea unei noi identități (parțial sau complet).

C. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul tulburării de identitate disociativă și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., epilepsia de lob temporal).

D. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

## 300.14 Tulburarea de Identitate Disociativă (*anterior* Tulburarea de Personalitate Multiplă)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de identitate disociativă îl constituie prezența a două sau mai multe stări de personalitate sau identități distincte (criteriul A) care iau în mod recurent controlul comportamentului (criteriul B). Există o incapacitate de a evoca informații personale importante a cărei întindere este prea mare pentru a fi explicată prin uitarea comună (criteriul C). Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale (criteriul D). La copii, simptomele nu pot fi atribuite unor companioni de joc imaginari sau altui joc al fanteziei.

Tulburarea de identitate disociativă reflectă incapacitatea de a integra diversele aspecte ale identității, memoriei și conștiinței. Fiecare stare de personalitate poate fi experientată ca și cum aceasta ar avea o istorie personală, o imagine de sine și identitate distinctă, inclusiv un nume separat. De regulă există o identitate primară care poartă numele dat individului și care este pasivă, dependentă, culpabilă și depresivă. Identitățile alternative au frecvent nume și caracteristici care contrastează cu identitatea primară (de ex., sunt ostile, controlante și autodistructive). Identitățile particulare pot apare în anumite circumstanțe și pot fi diferite din punct de vedere al etății și sexului relatat, al vocabularului, cunoștințelor generale sau afectului predominant. Identitățile alternative sunt experientate ca luând controlul succesiv, una cu sacrificarea alteia, și pot nega că se cunosc una pe alta, pot fi critice una cu alta sau par a fi în conflict deschis. Ocazional, una sau mai multe personalități puternice repartizează timp celorlalte. Identitățile agresive sau ostile pot întrerupe uneori activitățile sau locul celorlalte în situații delicate.

Indivizii cu această tulburare prezintă frecvent lacune mnestice pentru istoria personală, atât îndepărtată, cât și recentă. Amnezia este frecvent asimetrică. Identitățile mai pasive tind să aibă memorii mai reduse, pe când identitățile mai ostile, mai controlante sau „protectoare" au memorii mai complete. O identitate care

nu este în control poate avea totuși acces în conștiință prin producerea de halucinații auditive sau vizuale (de ex., voci care dau instrucțiuni). Proba amneziei poate fi făcută prin relatări din partea altora care au fost martori ai comportamentului negat de individ sau prin propriile descoperiri (de ex., descoperirea acasă a unor articole de îmbrăcăminte pe care nu-și amintește să le fi cumpărat). Poate exista o pierdere a memoriei nu numai pentru perioade recurente de timp, și, de asemenea, o pierdere globală a memoriei biografice pentru o perioadă întinsă din copilărie. Tranzițiile dintre identități sunt declanșate adesea de stresul psihosocial. Timpul necesar comutării de la o identitate la alta este de regulă de ordinul secundelor, dar, mai rar, poate fi și graduală. Comportamentul asociat frecvent cu comutările de identitate include clipitul rapid, schimbările feței, modificările vocii sau comportamentului, sau întreruperea trenului de idei al individului. Numărul de identități raportate merge de la două la mai mult de o sută. Jumătate dintre cazurile raportate includ indivizi cu zece sau mai puține identități.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu tulburare de identitate disociativă relatează frecvent că au fost supuși unui abuz fizic și sexual sever, în special în copilărie. Acuratețea unor astfel de relatări este subiect de controversă, deoarece amintirile copilăriei pot fi distorsionate, iar indivizii cu această tulburare tind să fie extrem de hipnotizabili și de vulnerabili la influențele sugestive. Relatarea de către indivizii cu tulburare de identitate disociativă a unui istoric de abuz fizic sau sexual este adesea confirmată de date obiective. Pe de altă parte, persoanele responsabile de acte de abuz fizic și sexual pot fi înclinate să nege sau să-și distorsioneze comportamentul. Indivizii cu tulburare de identitate disociativă pot prezenta simptome posttraumatice (de ex., coșmaruri, flashback-uri și răspunsuri de tresărire) sau stres post-traumatic. Poate surveni automutilarea sau un comportament suicidar și agresiv. Unii indivizi pot avea un pattern repetitiv de relații implicând abuzul fizic și sexual. Anumite identități pot experienta simptome de conversie (de ex., pseudoconvulsii) sau au capacități insolite de a controla durerea sau alte simptome somatice. Indivizii cu această tulburare pot avea, de asemenea, simptome care satisfac criteriile pentru tulburările afective, tulburările în legătură cu o substanță, tulburările sexuale, de comportament alimentar sau de somn. Comportamentul automutilant, impulsivitatea și schimbările bruște și intense în relații pot justifica un diagnostic concomitent de tulburare de personalitate borderline.

**Date de laborator asociate.** Indivizii cu tulburare de identitate disociativă prezintă un scor spre capătul superior al distribuției la măsurările hipnotizabilității și capacității disociative. Există relatări despre variații în funcționarea fiziologică pe secțiune transversală prin diversele stări de identitate (de ex., diferențe în acuitatea vizuală, toleranța la durere, simptomele de astm, sensibilitatea la alergeni și în răspunsul glucozei sanguine la insulină).

**Datele examinării somatice și condițiile medicale asociate.** Pot exista cicatrici după leziunile autoprovocate sau abuzul fizic. Indivizii cu această tulburare pot avea migrenă și alte tipuri de cefalee, sindromul colonului iritabil și astm.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Tulburarea de identitate disociativă a fost constatată la indivizi din diverse culturi ale lumii.. La copiii preadolescenți, se impune o atenție specială în stabilirea diagnosticului, deoarece manifestările pot fi mai puțin distinctive decât la adolescenți și adulți. Tulburarea de identitate disociativă este diagnosticată de trei până la nouă ori mai frecvent la femeile adulte decât la bărbații adulți; în copilărie, raportul femei/bărbați poate fi chiar mai ridicat, dar datele sunt limitate. Femeile tind a avea mai multe identități decât bărbații, în jur de 15 sau chiar mai multe, pe când bărbații au în medie aproximativ 8 identități.

## Prevalență

Creșterea acută a cazurilor de tulburare de identitate disociativă raportate în Statele Unite în ultimii ani a fost subiectul a diverse interpretări. Unii cred că o mai bună cunoaștere a diagnosticului de către specialiștii în sănătate mentală a dus la identificarea cazurilor nediagnosticate anterior. Din contra, alții cred că sindromul a fost supradiagnosticat la indivizii extrem de sugestionabili.

## Evoluție

Tulburarea de identitate disociativă pare a avea o evoluție clinică fluctuantă, care tinde să fie cronică și recurentă. Perioada medie de timp de la prezentarea primului simptom și până la diagnostic este de 6–7 ani. Au fost descrise, atât evoluții episodice, cât și continue. Tulburarea poate deveni mai puțin manifestă după etatea de 50 de ani, dar poate reapare în cursul episoadelor de stres sau traume, ori de abuz de o substanță.

## Pattern familial

Mai multe studii sugerează că tulburarea de identitate disociativă este mai frecventă printre rudele biologice de gradul I ale persoanelor cu tulburarea decât în populația generală.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de identitate disociativă trebuie să fie distinsă de **simptomele care sunt cauzate de efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale** (de ex., criza epileptică) (vezi pag. 181). Această distincție se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Tulburarea de identitate disociativă trebuie să fie distinsă de **simptomele disociative datorate crizelor parțiale complexe**, însă cele două tulburări pot apare și concomitent. Episoadele critice sunt în general scurte (30 de secunde până la 5 minute) și nu implică structurile complexe și durabile de identitate și comportament întâlnite de regulă în tulburarea de identitate disociativă. De asemenea, un istoric de maltratare fizică și sexuală este mai puțin frecvent la indivizii cu crize parțiale complexe. Studiile EEG, în special în deprivarea de somn și cu electrozi nazofaringieni, pot ajuta la clarificarea diagnosticului diferențial.

Simptomele cauzate de **efectele fiziologice directe ale unei substanțe** pot fi distinse de tulburarea de identitate disociativă prin faptul că o substanță (de ex., un

drog de abuz sau un medicament) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea (vezi pag. 209).

Diagnosticul de tulburare de identitate disociativă are precedent asupra **amneziei disociative, fugii disociative și tulburării de depersonalizare**. Indivizii cu tulburare de identitate disociativă pot fi distinși de cei cu simptome de transă și de transă cu posesiune, care trebuie să fie diagnosticate ca **tulburare disociativă fără altă specificație**, prin faptul că cei cu simptome de transă și transă cu posesiune descriu de regulă spirite sau entități externe care au intrat în corpul lor și au luat controlul.

Diagnosticul diferențial dintre tulburarea de identitate disociativă și o varietate de **alte tulburări mentale** (incluzând schizofrenia și alte tulburări psihotice, tulburarea bipolară cu ciclare rapidă, tulburările anxioase, tulburările de somatizare și tulburările de personalitate) este complicat de suprapunerea evidentă a simptomelor tablourilor clinice. De exemplu, prezența a mai mult decât a unei singure stări de personalitate disociată poate fi în mod eronat luată drept idee delirantă sau comunicarea dintre o identitate și alta poate fi luată în mod eronat drept halucinație auditivă și duce astfel la confuzie cu tulburările psihotice, iar comutările dintre stările de identitate pot fi confundate cu fluctuațiile de dispoziție ciclice și duce astfel la confuzie cu tulburarea bipolară). Factorii care pot susține diagnosticul de tulburare de identitate disociativă sunt prezența unei simptomatologii net disociative cu comutări rapide în stări de identitate, persistența și consistența comportamentelor și conduitelor specifice identității în timp, amnezia reversibilă, proba comportamentului disociativ care precede prezentarea medicolegală sau clinică (de ex., relatările familiei sau colaboratorilor), scorurile înalte la măsurările disocierii și hipnotizabilității la indivizii care nu au tablouri clinice caracteristice altei tulburări mentale.

Tulburarea de identitate disociativă trebuie să fie distinsă de **simulare**, în situațiile în care poate exista un beneficiu financiar sau medicolegal, și de **tulburarea factice**, în care poate exista un pattern de comportament de căutare a ajutorului.

## Criteriile de diagnostic pentru 300.14 Tulburarea de Identitate Disociativă

A. Prezența a două sau mai multe stări de personalitate sau identități distincte (fiecare cu propriul său pattern durabil de percepere, relaționare cu, și gândire despre ambianță și sine).

B. Cel puțin două dintre aceste stări de personalitate sau identități iau în mod recurent controlul comportamentului persoanei.

C. Incapacitatea de a evoca informații personale importante, care este prea extinsă pentru a putea fi explicată prin uitarea comună.

D. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., unui blackouts sau comportament haotic, în cursul intoxicației alcoolice) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., unei crize parțiale complexe). **Notă:** La copii, simptomele nu sunt atribuibile unor companioni de joc imaginari sau altui joc fantezist.

# 300.6 Tulburarea de Depersonalizare

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de depersonalizare îl constituie episoadele persistente sau recurente de depersonalizare caracterizate printr-un sentiment de detașare sau de înstrăinare de sine (criteriul A). Individul se poate simți ca un automat sau, ca și cum ar visa ori ar juca într-un film. Poate exista o senzație de observator extern al propriilor procese mentale, al propriului corp sau al unor părți ale propriului corp. Adesea sunt prezente diverse tipuri de anestezie senzorială, de lipsă de răspuns afectiv și de lipsă de control a propriilor acțiuni, inclusiv a vorbirii. Individul cu tulburare de depersonalizare menține intactă testarea realității (adică, realizează că este numai o senzație și că el nu este în relitate un robot) (criteriul B). Depersonalizarea este o experiență comună, și acest diagnostic trebuie să fie pus numai dacă simptomele sunt suficient de severe pentru a cauza o detresă sau deteriorare marcată în funcționare (criteriul C). Pentru că depersonalizarea este un element asociat comun al multor alte tulburări mentale, un diagnostic separat de tulburare de depersonalizare nu este pus dacă experiența survine exclusiv în cursul altei tulburări mentale (de ex., schizofrenia, panica, stresul acut sau altă tulburare disociativă). În afară de aceasta, perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale (criteriul D).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Adesea indivizii cu tulburare de depersonalizare pot avea dificultăți în a-și descrie simptomele și se pot teme că aceste experiențe înseamnă că ei sunt „nebuni". Derealizarea poate fi, de asemenea, prezentă și este experientată ca sentimentul că lumea externă este stranie sau ireală. Individul poate percepe o alterare stranie în dimensiunea sau forma obiectelor (macropsie sau micropsie), iar oamenii pot pare nonfamiliari sau mecanici. Alte elemente asociate comune includ simptome anxioase, simptome depresive, ruminația obsesivă, preocupări somatice și o perturbare a sentimentului propriu al timpului. Hipocondria, tulburarea depresivă majoră sau distimia, tulburările anxioase, tulburările de personalitate (cel mai frecvent evitantă, borderline și obsesivo-compulsivă ) și tulburările în legătură cu o substanță pot coexista, de asemenea, cu tulburarea de depersonalizare. Depersonalizarea și derealizarea sunt simptome foarte frecvente ale atacurilor de panică și sunt mai frecvente când simptomele anxioase urmează unui stresor traumatic, ca în stresul posttraumatic. Un diagnostic separat de tulburare de depersonalizare nu trebuie pus când depersonalizarea și derealizarea survin exclusiv în cursul unor astfel de atacuri.

**Date de laborator asociate.** Indivizii cu tulburare de depersonalizare pot prezenta o hipnotizabilitate mare și o capacitate disociativă crescută la măsurătorile prin teste standardizate.

## Elemente specifice culturii

Experiențele de depersonalizare sau de derealizare induse voluntar fac parte din practicile meditative și de transă care sunt prevalente în multe religii și culturi, și nu trebuie să fie confundate cu tulburarea de depersonalizare. În eșantioanele clinice, această tulburare este diagnosticată de cel puțin două ori mai frecvent la femei decât la bărbați.

## Prevalență

Prevalența pe viață a tulburării de depersonalizare în comunitate și în condiții clinice este necunoscută. La un moment dat în cursul vieții lor, aproximativ jumătate din toți adulții au experientat un singur episod scurt de depersonalizare, precipitat de regulă de un stres sever. O experiență de depersonalizare tranzitorie apare la aproape o treime dintre indivizii expuși unui pericol vital și la aproape 40% dintre pacienții spitalizați pentru tulburări mentale.

## Evoluție

Indivizii cu tulburare de depersonalizare se prezintă de regulă pentru tratament în adolescență sau în perioada adultă, însă tulburarea poate avea un debut nedetectat în copilărie. Etatea medie la debut a fost raportată ca fiind în jurul etății de 16 ani. Deoarece depersonalizarea este rar acuza prezentată, indivizii cu tulburare de depersonalizare recurentă se prezintă adesea cu alte simptome, cum ar fi anxietatea, panica sau depresia. Durata episoadelor de depersonalizare poate varia de la foarte scurtă (câteva secunde) la persistentă (ani). Depersonalizarea consecutivă situațiilor care amenință viața (de ex., lupta, accidente traumatizante, a fi victima unui atac cu violență) apare de regulă brusc la expunerea la traumă, iar istoricele de traumă sunt asociate adesea cu această tulburare. Evoluția este de regulă cronică și poate crește sau diminua ca intensitate, dar poate uneori fi și episodică. Cel mai adesea exacerbările survin în asociere cu evenimente stresante reale sau percepute (ca atare).

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de depersonalizare trebuie să fie distinsă de simptomele care sunt **datorate consecințelor fiziologice ale unei condiții medicale generale specifice** (de ex., epilepsiei) (vezi pag. 181). Această diferențiere se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. **Depersonalizarea cauzată de efectele fiziologice directe ale unei substanțe** se distinge de tulburarea de depersonalizare prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament) este considerată a fi în relație etiologică cu depersonalizarea (vezi pag. 209). **Intoxicația** sau **abstinența acută de alcool** și de o diversitate de alte substanțe poate duce la depersonalizare. Pe de altă parte, uzul de o substanță poate intensifica simptomele unei tulburări de depersonalizare preexistente. Deci, un diagnostic corect de tulburare de depersonalizare, la indivizii cu un istoric de depersonalizare indusă de alcool sau de o altă substanță, trebuie să includă un istoric longitudinal de abuz de o substanță și simptome de depersonalizare.

Tulburarea de depersonalizare nu trebuie să fie diagnosticată separat când simptomele survin numai în cursul unui atac de panică, acesta fiind parte a **panicii,**

**fobiei sociale** sau **specifice, stresului posttraumatic** sau **stresului acut**. În contrast cu **schizofrenia**, în tulburarea de depersonalizare este menținută intactă testarea realității. Sentimentul de anestezie asociat cu depersonalizarea poate mima o **depresie**. Sentimentele de anestezie la indivizii cu tulburare de depersonalizare sunt asociate însă cu alte manifestări de depersonalizare (de ex., cu sentimentul de detașare de sine însuși) și survin chiar când individul nu este depresiv.

### Criteriile de diagnostic pentru 300.6 Tulburarea de Depersonalizare

A. Experiențări recurente și persistente ale sentimentului de detașare de, și de ca și cum subiectul este un observator extern al propriilor procese mentale sau al propriului corp (de ex., sentimentul subiectului că visează ).

B. În timpul experiențelor de depersonalizare, testarea realității rămâne intactă.

C. Depersonalizarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Experiența de depersonalizare nu survine exclusiv în cursul altei tulburări mentale, cum ar fi schizofrenia, panica, stresul acut ori altă tulburare disociativă și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau unei condiții medicale generale (de ex., epilepsiei de lob temporal).

## 300.15 Tulburarea Disociativă Fără Altă Specificație

Această categorie este inclusă pentru tulburările în care elementul predominant este un simptom disociativ (adică, o ruptură în funcțiile de regulă integrate ale conștiinței, memoriei, identității sau perceperii ambianței), care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare disociativă specifică. Exemplele includ:

1. Tablouri clinice similare tulburării de identitate disociativă, dar care nu satisfac complet criteriile pentru această tulburare. Exemplele includ tablourile clinice în care a) nu există două sau mai multe stări de personalitate distinctă ori b) nu apare amnezia pentru informațiile personale importante.
2. Derealizarea neînsoțită de depersonalizare la adulți.
3. Stările de disociere care apar la indivizii care au fost supuși unor perioade de persuasiune coercitivă prelungită și intensă (de ex., spălarea creierului, reformarea gândirii sau îndoctrinarea în timpul captivității).
4. Transa disociativă: perturbări unice sau episodice în starea de conștiință, identitate sau memorie, care sunt proprii anumitor locuri și culturi. Transa disociativă implică· îngustarea conștiinței ambianței imediate sau comportamente ori mișcări stereotipe care sunt experientate ca fiind deasupra propriului control. Transa cu posesiune implică înlocuirea sentimentului uzual al identității personale cu o nouă identitate, atribuită influenței unui spirit, puteri, zeități sau altei persoane și este asociată cu mișcări „involuntare"

stereotipe sau cu amnezie; este cea mai frecventă tulburare disociativă în Asia. Exemplele includ *amok* (Indonezia), *bebainan* (Indonezia), *latah* (Malaiezia), *pibloktoq* (zona arctică), *ataque de nervios* (America Latină) și posesiunea (India). Tulburarea disociativă sau transa nu este o parte normală a unei practici religioase sau culturale colective larg acceptate. (Vezi pag. 785 pentru criteriile de cercetare sugerate).

5. Pierderea cunoștiinței, stuporul sau coma nonatribuibile unei condiții medicale generale.
6. Sindromul Ganser: datul de răspunsuri alături la întrebări (de ex., „2 plus 2 fac 5"), când nu este asociat cu amnezia disociativă sau cu fuga disociativă.

# Tulburările Sexuale și de Identitate Sexuală

Această secțiune conține disfuncțiile sexuale, parafiliile și tulburările de identitate sexuală. **Disfuncțiile sexuale** sunt caracterizate prin perturbarea dorinței sexuale și modificărilor psihofiziologice care caracterizează ciclul de răspuns sexual și cauzează detresă și dificultate interpersonală marcată. Disfuncțiile sexuale includ tulburările dorinței sexuale (adică, dorința sexuală diminuată, aversiunea sexuală), tulburările de excitație sexuală (tulburarea de excitație sexuală a femeii, tulburarea de erecție a bărbatului), tulburările orgasmice (adică, tulburarea de orgasm a femeii, tulburarea de orgasm a bărbatului, ejacularea precoce), tulburările sexuale algice (de ex., dispareunia, vaginismul), disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale, disfuncția sexuală indusă de o substanță și disfuncția sexuală fără altă specificație.

**Parafiliile** sunt caracterizate prin comportamente, fantezii sau dorințe sexuale intense, recurente, care implică obiecte, activități sau situații insolite și cauzează detresă sau deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare. Parafiliile includ exhibiționismul, fetișismul, frotteurismul, pedofilia, masochismul sexual, sadismul sexual, fetișismul transvestic, voyeurismul și parafilia fără altă specificație.

**Tulburările de identitate sexuală** sunt caracterizate printr-o identificare puternică și persistentă cu sexul opus, asociată cu disconfort persistent referitor la propriul sex atribuit. *Identitatea sexuală* se referă la perceperea de sine ca bărbat sau femeie. Termenul de *disforie sexuală* denotă sentimentele persistente și puternice de disconfort ale cuiva în legătură cu sexul atribuit, dorința de a poseda corpul celuilalt sex și dorința de a fi privit de ceilalți ca membru al celuilalt sex. Termenii de identitate sexuală și de disforie sexuală trebuie să fie distinși de termenul de orientare sexuală care se referă la atracția sexuală pentru bărbați, pentru femei sau pentru ambele sexe.

**Tulburare sexuală fără altă specificație** este inclusă pentru codificarea tulburărilor de funcționare sexuală care nu sunt clasificabile în nici una dintre categoriile specifice. Este demn de reținut că noțiunile de deviere, standarde de performanță sexuală și conceptele de rol corespunzător sexului pot varia de la cultură la cultură.

## Disfuncțiile Sexuale

O disfuncție sexuală este caracterizată printr-o perturbare în procesul care definește ciclul de răspuns sexual sau prin durerea asociată cu raportul sexual. Ciclul de răspuns sexual poate fi divizat în următoarele faze:

1. *Dorință*: Această fază constă din fantezii în legătură cu activitatea sexuală și dorința de a avea activitate sexuală.
2. *Excitație:* Această fază constă din senzația subiectivă de plăcere sexuală care acompaniază modificările fiziologice. Modificările majore la bărbat constau din tumescența penianã și erecție. Modificările majore la femeie constau din vasocongestia pelvisului, lubrifierea și expansiunea vaginului și turgescența organelor genitale externe.
3. *Orgasm*: Faza constă în atingerea culmii plăcerii sexuale, cu relaxarea tensiunii sexuale și contracții ritmice ale mușchilor perineali și ale organelor de reproducere. La bărbat, există senzația de inevitabilitate a ejaculării spermei. La femeie, există contracții (nu totdeauna experientate subiectiv ca atare) ale peretelui treimii externe a vaginului. La ambele sexe, sfincterul anal se contractă ritmic.
4. *Rezoluție*: Faza constă din senzația de relaxare musculară și de bine. În timpul acestei faze, bărbații sunt refractari la următoarea erecție și orgasm o perioadă variabilă de timp. Din contra, femeile pot fi capabile să răspundă la o stimulare suplimentară aproape imediat.

Tulburările răspunsului sexual pot surveni într-una sau în mai multe dintre aceste faze. Ori de câte ori este prezentă mai mult decât o singură disfuncție sexuală, sunt înregistrate toate. Nu s-a făcut nici o tentativă de a specifica în seturile de criterii un minimum de frecvență sau de varietăți de situații, activități sau tipuri de raporturi sexuale în care disfuncția trebuie să apară. Această judecată trebuie să fie făcută de clinician ținând cont de factori precum etatea și experiența individului, frecvența și cronicitatea simptomelor, detresa subiectului și efectul asupra altor domenii de funcționare. Cuvintele „persistent sau recurent" în criteriile de diagnostic indică necesitatea unei astfel de judecăți clinice. Dacă stimularea sexuală este inadecvată, fie în focalizare, intensitate sau durată, diagnosticul de disfuncție sexuală implicând excitația sau orgasmul nu este pus.

## Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul, contextul și factorii etiologici asociați cu disfuncția sexuală. Dacă sunt prezente disfuncții sexuale multiple, trebuie să fie menționate subtipurile adecvate. Aceste subtipuri nu se aplică diagnosticului de disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale sau disfuncției sexuale induse de o substanță.

Unul dintre următoarele subtipuri poate fi utilizat pentru a indica natura debutului disfuncției sexuale:

**Tip primar (existent dintotdeauna).** Acest subtip se aplică dacă disfuncția sexuală a fost prezentă de la debutul activității sexuale.

**Tip căpătat.** Acest subtip se aplică dacă disfuncția sexuală apare numai după o perioadă de funcționare normală.

Unul dintre următoarele subtipuri poate fi utilizat pentru a indica contextul în care apare disfuncția sexuală:

**Tip generalizat.** Acest subtip se aplică dacă disfuncția sexuală nu este limitată la anumite tipuri de stimulare, de situații sau de parteneri.

**Tip situațional.** Acest subtip se aplică dacă disfuncția sexuală este limitată la anumite tipuri de stimulare, de situații sau de parteneri. Patternul situațional specific al disfuncției poate ajuta în efectuarea diagnosticului diferențial. De exemplu, funcția masturbatorie normală în prezența unei funcționări relaționale deteriorate cu partenerul (partenera) ar putea sugera că acuza principală de disfuncție sexuală este foarte probabil datorată unei probleme intrapsihice sau interpersonale mai curând decât unei condiții medicale generale sau unei substanțe.

Unul dintre următoarele subtipuri poate fi utilizat pentru a indica factorii etiologici asociați cu disfuncția sexuală:

**Datorată factorilor psihologici.** Acest subtip se aplică atunci când factorii psihologici sunt considerați a avea rolul major în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența disfuncției sexuale, iar condițiile medicale generale și substanțele nu joacă nici un rol în etiologia disfuncției sexuale.
**Datorată factorilor combinați.** Acest subtip se aplică atunci când 1) factorii psihologici sunt considerați a avea un rol în debutul, severitatea, exacerbarea sau persistența disfuncției sexuale și 2) o condiție medicală generală sau uzul de o substanță este considerat, de asemenea, a fi contribuant, dar nu este suficient pentru a explica disfuncția sexuală. Dacă o condiție medicală generală sau uzul unei substanțe (inclusiv efectele secundare ale medicamentelor) este suficient pentru a explica disfuncția sexuală, este diagnosticată disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale (pag. 558) și/sau disfuncția sexuală indusă de o substanță (pag. 562).

## Tulburări asociate

Disfuncția sexuală poate fi asociată cu tulburări afective și cu tulburări anxioase (tulburarea obsesivo-compulsivă, panica cu agorafobie și fobia specifică).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Judecățile clinice referitoare la prezența unei disfuncții sexuale trebuie să ia în considerație fondul etnic, cultural, religios și social al individului, care poate influența dorința sexuală, așteptările și atitudinile față de performanță. De exemplu, în unele societăți, dorințelor sexuale din partea femeii li se acordă puțină relevanță (în special când fertilitatea este obiectivul principal). Avansarea în etate poate fi asociată cu o diminuare a interesului și funcționării sexuale (în special la bărbați), însă există largi diferențe individuale în legătură cu efectele etății.

## Prevalență

Există foarte puține date epidemiologice sistematice referitoare la prevalența diverselor disfuncții sexuale, iar acestea prezintă o variabilitate extrem de mare, reflectând probabil diferențe în metodele de evaluare, definițiile folosite și caracteristicile populației eșantionate. Cea mai amplă anchetă de până acum efectuată în SUA, pe un eșantion reprezentativ de indivizi în etate de 18-59 ani, sugerează următoarele estimări ale prevalenței pentru diverse acuze sexuale: 3% pentru dispareunia bărbatului, 15% pentru dispareunia femeii, 10% pentru problemele de orgasm ale bărbatului, 25% pentru problemele de orgasm ale femeii,

33% pentru dorința sexuală redusă a femeii, 27% pentru ejacularea precoce, 20% pentru problemele de excitație ale femeii și 10% pentru dificultățile de erecție ale bărbatului. Problemele de erecție ale bărbatului cresc ca prevalență după etatea de 50 ani. Nu este clar dacă aceste acuze sexuale satisfac criteriile pentru o tulburare sexuală DSM-IV. Nu sunt disponibile estimări ale ratelor de prevalență pentru aversiunea sexuală, vaginism, disfuncțiile sexuale datorate unei condiții medicale generale și disfuncțiile sexuale induse de o substanță.

## Diagnostic diferențial

Dacă disfuncția sexuală este considerată a fi cauzată exclusiv de efectele fiziologice ale unei anumite condiții medicale generale, diagnosticul este cel de **disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale** (pag. 558). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă disfuncția sexuală este considerată a fi cauzată exclusiv de efectele fiziologice ale unui drog de abuz, ale unui medicament ori expunerii la un toxic, diagnosticul este cel de **disfuncție sexuală indusă de o substanță** (vezi pag. 562). Clinicianul trebuie să se informeze atent asupra naturii și întinderii uzului de o substanță, inclusiv de medicamente. Simptomele care survin numai în cursul sau la scurt timp (adică, în decurs de 4 săptămâni) după intoxicația cu o substanță sau după uzul unui medicament pot fi extrem de indicatoare de o disfuncție sexuală indusă de o substanță, în funcție de tipul sau cantitatea de substanță utilizată sau de durata uzului.

Dacă clinicianul a stabilit că disfuncția sexuală se datorează, atât unei condiții medicale generale, cât și uzului unei substanțe, ambele diagnostice pot fi puse (adică, disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale și disfuncție sexuală indusă de o substanță). Un diagnostic de disfuncție sexuală primară cu subtipul de **datorată unor factori combinați** este pus dacă se apreciază că o combinație de factori psihologici și o condiție medicală generală ori o substanță au un rol etiologic, dar nici o etiologie singură nu este în măsură să explice disfuncția. Dacă clinicianul nu poate preciza rolul etiologic al factorilor psihologici, al condiției medicale generale sau al uzului unei substanțe, este pus diagnosticul de **disfuncție sexuală fără altă specificație.**

De asemenea, diagnosticul de disfuncție sexuală nu este pus dacă disfuncția este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (de ex., dacă diminuarea dorinței sexuale survine numai în contextul unui episod depresiv major). Dacă însă perturbarea în activitatea sexuală antedatează tulburarea de pe axa I sau este centrul unei atenții clinice separate, poate fi pus un diagnostic adițional de disfuncție sexuală. De regulă, dacă este prezentă o disfuncție sexuală (de ex., o tulburare de excitație sexuală), vor fi, de asemenea, prezente disfuncții sexuale suplimentare (de ex, dorința sexuală diminuată). În astfel de cazuri, trebuie diagnosticate toate. O **tulburare de personalitate** poate coexista cu o disfuncție sexuală. În astfel de cazuri, disfuncția sexuală trebuie înregistrată pe axa I, iar tulburarea de personalitate pe axa II. Dacă o altă condiție clinică, cum ar fi o **problemă relațională**, este asociată cu o perturbare în funcționarea sexuală, trebuie să fie diagnosticată disfuncția sexuală, iar cealaltă condiție clinică, de asemenea, notată pe axa I. Problemele ocazionale cu dorința sexuală, excitația sau orgasmul, care nu sunt persistente sau recurente ori nu sunt acompaniate de detresă sau de dificultate interpersonală marcată nu sunt considerate a fi disfuncții sexuale.

# *Tulburările Dorinței Sexuale*

## 302. 71 Dorința Sexuală Diminuată

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al dorinței sexuale diminuate îl constituie o deficiență sau absență a fanteziilor sexuale și a dorinței de activitate sexuală (criteriul A). Perturbarea trebuie să cauzeze detresă sau dificultate interpersonală marcată (criteriul B). Disfuncția nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (inclusiv ale medicamentelor) ori ale unei condiții medicale generale (criteriul C). Dorința sexuală diminuată poate fi globală și cuprinde toate formele de manifestare sexuală sau poate fi situațională și limitată la un partener sau la o anumită activitate sexuală (de ex., la raportul sexual normal, dar nu și la masturbare). Există puțină motivație pentru a căuta stimuli și o frustrare redusă când persoana este deprivată de oportunități pentru manifestarea sexuală. Individul nu inițiază de regulă nici o activitate sexuală sau se poate angaja în ea în mod involuntar, când este inițiată de partener. Deși frecvența experiențelor sexuale este redusă, presiunea din partea partenerului sau a necesităților nonsexuale (de ex., pentru confort fizic sau intimitate) poate crește frecvența contactelor sexuale. Din cauza lipsei de date normative în legătură cu etatea sau cu sexul referitoare la frecvența sau gradul dorinței sexuale, diagnosticul trebuie să se bazeze pe judecata clinică fondată pe caracteristicile individului, determinanții interpersonali, contextul de viață și condiția culturală. Clinicianul poate necesita evaluarea ambilor parteneri, când discrepanțele în dorința sexuală constituie motiv de atenție profesională. „Dorința aparent diminuată" a unui partener poate reflecta, în schimb, necesitatea excesivă de exprimare sexuală a celuilalt partener. Alternativ, ambii parteneri pot avea nivele de dorință în limite normale, dar la extremități diferite ale continuumului.

### Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul (**primară** versus **căpătată**), contextul (**generalizată** versus **situațională**) și factorii etiologici (**datorată factorilor psihologici, datorată unor factori combinați**) pentru dorința sexuală diminuată. (Vezi descrierile de la pag. 536).

### Elemente și tulburări asociate

Interesul sexual scăzut este asociat frecvent cu probleme de excitație sexuală sau cu dificultăți orgasmice. Deficiența în dorința sexuală poate fi disfuncția primară sau poate fi consecința deprivării emoționale induse de perturbările în excitație sau orgasm. Unii indivizi cu dorință sexuală scăzută își mențin însă capacitatea pentru o excitație sexuală și orgasm adecvate, ca răspuns la stimularea sexuală. Condițiile medicale generale pot avea un efect deleter nespecific asupra dorinței sexuale datorată debilității, durerii, problemelor cu imaginea corporală sau preocupărilor referitoare la supraviețuire. Tulburările depresive sunt adesea asociate cu dorința sexuală scăzută, iar debutul depresiei poate precede, poate fi concomitent ori poate

fi consecința dorinței sexuale deficitare. Indivizii cu dorință sexuală diminuată pot avea dificultăți în dezvoltarea unor relații sexuale stabile și pot avea insatisfacție și ruptură maritală.

## Evoluție

Etatea la debut pentru indivizii cu forme de dorință sexuală diminuată primară este pubertatea. Mai frecvent, tulburarea apare în perioada adultă, după o perioadă de interes sexual adecvat, în asociere cu mizeria psihologică, evenimente de viață stresante sau dificultăți interpersonale. Pierderea dorinței sexuale poate fi continuă sau episodică, în funcție de factorii psihosociali sau relaționali. Un pattern episodic de pierdere a dorinței sexuale survine la unii indivizi în legătură cu probleme referitoare la intimitate și obligațiile conjugale.

## Diagnostic diferențial

Dorința sexuală diminuată trebuie să fie distinsă de **disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul corespunzător este cel de disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale, când disfuncția este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice ale unei condiții medicale specifice (vezi pag. 558). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Anumite condiții medicale generale, cum ar fi anomaliile neurologice, hormonale și metabolice pot deteriora în mod specific substratul fiziologic al dorințelor sexuale. Anomaliile în testosteronul și prolactina, totale și biodisponibile, pot indica tulburări hormonale responsabile de pierderea dorinței sexuale. Dacă atât dorința sexuală diminuată, cât și o condiție medicală generală sunt prezente, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale condiției medicale generale, atunci este diagnosticată dorința sexuală diminuată datorată unor factori combinați.

Contrar dorinței sexuale diminuate, **disfuncția sexuală indusă de o substanță** este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un medicament antihipertensiv, un drog de abuz) (vezi pag. 562). Dacă, atât dorința sexuală diminuată, cât și uzul unei substanțe sunt prezente, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale uzului de o substanță, atunci se diagnostichează dorința sexuală diminuată datorată unor factori combinați. Dacă dorința sexuală scăzută este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice, atât ale unei condiții medicale generale, cât și ale uzului unei substanțe, va fi diagnosticată, atât disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale, cât și disfuncția sexuală indusă de o substanță.

Dorința sexuală diminuată poate surveni, de asemenea, în asociere cu alte disfuncții sexuale (de ex., disfuncția erectilă a bărbatului). Dacă este așa, trebuie diagnosticate ambele. Un diagnostic adițional de dorință sexuală diminuată nu este pus de regulă, dacă dorința sexuală diminuată este explicată mai bine de **altă tulburare de pe axa I** (de ex., tulburarea depresivă majoră, tulburarea obsesivo–compulsivă, stresul posttraumatic). Diagnosticul adițional poate fi adecvat, când dorința sexuală diminuată precede tulburarea de pe axa I sau este centrul unei atenții clinice separate. **Problemele ocazionale cu dorința sexuală**, care nu sunt persistene sau recurente, ori nu sunt acompaniate de detresă sau de dificultate interpersonală marcată, nu sunt considerate a fi dorință sexuală diminuată.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.71 Dorința Sexuală Diminuată

A. Fantezii sexuale și dorința de activitate sexuală persistent sau recurent deficitare (sau absente). Judecata de deficiență sau de absență este făcută de clinician, luând în considerație factorii care afectează funcționarea sexuală, cum ar fi etatea și contextul vieții persoanei.

B. Perturbarea cauzează detresă sau dificultate interpersonală marcată .

C. Disfuncția sexuală nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* tipul:
**Tip primar**
**Tip căpătat**

*De specificat* tipul:
**Tip generalizat**
**Tip situațional**

*De specificat:*
**Datorată factorilor psihologici**
**Datorată factorilor combinați**

## 302.79 Aversiunea Sexuală

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al aversiunii sexuale îl constituie aversiunea față de, și evitarea activă a contactului sexual genital cu un partener sexual (criteriul A). Perturbarea trebuie să cauzeze detresă sau dificultate interpersonală marcată (criteriul B). Disfuncția nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) (criteriul C). Individul acuză anxietate, frică sau dezgust când este confruntat cu oportunitatea de a avea un contact sexual cu un partener. Aversiunea față de contactul genital poate fi centrată pe un anumit aspect al experienței sexuale (de ex., secrețiile genitale, penetrația vaginală). Unii indivizi experientează o repulsie față de toți stimulii sexuali, inclusiv față de sărut și atingere. Intensitatea reacției individului, când este expus la stimuli aversivi, poate merge de la anxietate moderată și lipsă de plăcere la detresă psihologică extremă.

### Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul (**primară** versus **căpătată**), contextul (**generalizată** versus **situațională**) și factorii etiologici (**datorată factorilor psihologici, datorată unor factori combinați**) pentru aversiunea sexuală. (Vezi descrierea la pag. 536).

## Elemente și tulburări asociate

Când sunt confruntați cu o situație sexuală, unii indivizi cu aversiune sexuală severă pot experienta atacuri de panică cu anxietate extremă, sentimente de teroare, leșin, greață, palpitații, amețeală și dificultăți respiratorii. Pot exista relații interpersonale marcat deteriorate (de ex., insatisfacție maritală). Indivizii pot evita situațiile sexuale sau eventualii parteneri sexuali prin strategii mascate (de ex., merg la culcare din timp, călătoresc, își neglijează ținuta personală, fac uz de diverse substanțe și sunt superimplicați în activități de serviciu, sociale sau de familie).

## Diagnostic diferențial

Aversiunea sexuală poate apare, de asemenea, în asociere cu alte disfuncții sexuale (de ex., dispareunia). Dacă este așa, trebuie menționate ambele. Un diagnostic adițional de aversiune sexuală nu se pune, dacă aversiunea sexuală este explicată mai bine de **altă tulburare mentală de pe axa I** (de ex., tulburarea depresivă majoră, tulburarea obsesivo-compulsivă, stresul posttraumatic). Diagnosticul adițional poate fi pus când aversiunea precede tulburarea de pe axa I sau este centrul unei atenții clinice separate. Deși aversiunea sexuală poate satisface din punct de vedere tehnic criteriile pentru fobia specifică, acest diagnostic adițional nu este pus. Aversiunea sexuală ocazională, care nu este persistentă sau recurentă, sau nu este însoțită de detresă sau de dificultate interpersonală marcată, nu este considerată a fi aversiune sexuală.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.79 Aversiunea Sexuală

A. Aversiune extremă, recurentă sau persistentă față de contactul sexual și evitarea tuturor (sau aproape a tuturor) contactelor sexuale genitale cu un partener sexual.

B. Perturbarea cauzează detresă sau dificultate interpersonală marcată .

C. Disfuncția sexuală nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale).

*De specificat* tipul:
**Tip primar**
**Tip căpătat**

*De specificat* tipul:
**Tip situațional**
**Tip generalizat**

*De specificat:*
**Datorată factorilor psihologici**
Datorată factorilor combinați

# *Tulburările de Excitație Sexuală*

## 302.72 Tulburarea de Excitație Sexuală a Femeii

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de excitație sexuală a femeii îl constituie incapacitatea recurentă sau persistentă de a atinge sau de a menține până la realizarea activității sexuale, un răspuns adecvat de lubrifiere–turgescență al excitației sexuale (criteriul A). Răspunsul la excitație constă din vasocongestia pelvisului, lubrifierea și expansiunea vaginului și turgescența organelor genitale externe. Perturbarea trebuie să cauzeze detresă sau dificultate interpersonală marcată (criteriul B). Disfuncția nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu este datorată exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (inclusiv a medicamentelor) ori ale unei condiții medicale generale (criteriul C).

### Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul (**primară** versus **căpătată**), contextul (**generalizată** versus **situațională**) și factorii etiologici (**datorată factorilor psihologici**, **datorată unor factori combinați**) pentru tulburarea de excitație sexuală la femei. (Vezi descrierea la pag. 536).

### Elemente și tulburări asociate

Date limitate sugerează că tulburarea de excitație sexuală a femeii este acompaniată adesea de tulburări ale dorinței sexuale și de tulburarea de orgasm a femeii. Individa cu tulburarea de excitație sexuală a femeii poate avea putină, sau nici o senzație subiectivă de excitație sexuală. Tulburarea poate duce la contact sexual dureros, evitare sexuală și perturbarea relațiilor maritale sau sexuale.

### Diagnostic diferențial

Tulburarea de excitație sexuală a femeii trebuie să fie distinsă de **disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul adecvat va fi cel de disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale când se consideră că disfuncția este datorată exclusiv efectelor fiziologice ale unei condiții medicale generale (de ex., reducerea menopauzală și postmenopauzală a nivelului estrogenilor, vaginita atrofică, diabetul zaharat, radioterapia pelvisului) (vezi pag. 558). Reducerea lubrifierii vaginului a fost descrisă, de asemenea, în asociere cu lactația. Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă atât tulburarea de excitație sexuală a femeii, cât și o condiție medicală generală sunt prezente, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv consecințelor fiziologice directe ale condiției medicale generale, atunci este diagnosticată tulburarea de excitație sexuală a femeii datorată unor factori combinați.

În contrast cu tulburarea de excitație sexuală, o **disfuncție sexuală indusă de o substanță** este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., reducerea lubrifierii cauzată de antihipertensive sau de

antihistaminice) (vezi pag. 562). Dacă, atât tulburarea de excitație sexuală a femeii, cât și uzul de o substanță sunt prezente, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale uzului de substanță, atunci se diagnostichează tulburarea de excitație sexuală a femeii datorată unor factori combinați.

Dacă problemele de excitație sunt considerate a fi datorate exclusiv efectelor fiziologice, atât ale unei condiții medicale generale, cât și ale uzului unei substanțe, este diagnosticată, atât disfuncția sexuală datorată condiției medicale generale, cât și disfuncția sexuală indusă de o substanță.

Tulburarea de excitație sexuală a femeii poate surveni, de asemenea, în asociere cu alte disfuncții sexuale (de ex., tulburarea de orgasm a femeii). Dacă este așa, trebuie să fie menționate ambele. Un diagnostic adițional de tulburare de excitație sexuală a femeii nu se pune de regulă, dacă problema de excitație sexuală este explicată mai bine de **altă tulburare de pe axa I** (de ex., tulburarea depresivă majoră, tulburarea obsesivo-compulsivă, stresul posttraumatic). Diagnosticul adițional poate fi pus când problema referitoare la excitația sexuală precede tulburarea de pe axa I ori este centrul unei atenții clinice separate. **Problemele ocazionale cu excitația sexuală** care sunt persistente sau recurente ori nu sunt acompaniate de detresă sau de dificultate interpersonală marcată, nu sunt considerate a fi tulburare de excitație sexuală a femeii. Un diagnostic de tulburare de excitație sexuală a femeii, de asemenea, nu este adecvat, dacă problemele în legătură cu excitația se datorează unei stimulări sexuale care nu este adecvată în focalizare, intensitate și durată.

## Criteriile de diagnostic pentru 302.72 Tulburarea de Excitație Sexuală a Femeii

A. Incapacitatea persistentă sau recurentă de a atinge sau de a menține până la realizarea activității sexuale, un răspuns adecvat de lubrifiere-turgescență la excitația sexuală.

B. Perturbarea cauzează detresă sau dificultate interpersonală marcată.

C. Disfuncția sexuală nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* tipul:
**Tip primar**
**Tip căpătat**

*De specificat* tipul:
**Tip generalizat**
**Tip situațional**

*De specificat:*
**Datorată factorilor psihologici**
**Datorată factorilor combinați**

# 302.72 Tulburarea de Erecție a Bărbatului

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de erecție a bărbatului îl constituie incapacitatea recurentă sau persistentă de a atinge sau de a menține până la realizarea activității sexuale o erecție adecvată (criteriul A). Perturbarea trebuie să cauzeze detresă sau dificultate interpersonală marcată (criteriul B). Disfuncția nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (inclusiv a medicamentelor) ori ale unei condiții medicale generale (criteriul C).

Există diverse patternuri de disfuncție erectilă. Unii indivizi relatează incapacitatea de a avea erecție încă de la începutul experienței sexuale. Alții se plâng de faptul că au o erecție adecvată înaintea actului sexual, dar pierd turgescența peniană când încearcă penetrarea. În fine, alții relatează că au o erecție suficient de fermă pentru penetrare, dar că pierd turgescența peniană, înainte sau în timpul intromisiunii. Unii bărbați relatează că sunt capabili de erecție numai în cursul masturbării sau la deșteptarea din somn. Erecțiile masturbatorii pot fi, de asemenea, pierdute, dar acest fapt nu este frecvent.

## Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul (**primară** versus **căpătată**), contextul (**generalizată** versus **situațională**) și factorii etiologici (**datorată factorilor psihologici, datorată unor factori combinați**) pentru tulburarea de erecție a bărbatului. (Vezi descrierea la pag. 536).

## Elemente și tulburări asociate

Dificultățile erectile din tulburarea de erecție a bărbatului sunt asociate frecvent cu anxietate sexuală, teamă de eșec, preocupări în legătură cu funcționarea sexuală și o scădere a sentimentului subiectiv de excitație și plăcere sexuală. Disfuncția erectilă poate rupe relațiile maritale sau sexuale existente și poate fi cauza mariajelor neconsumate și a infertilității. Această tulburare sexuală poate fi asociată cu dorința sexuală diminuată și cu ejacularea precoce. Indivizii cu tulburări afective și cu tulburări în legătură cu o substanță relatează adesea probleme în legătură cu excitația sexuală.

## Evoluție

Diversele forme de tulburare de erecție a bărbatului urmează evoluții diferite, iar etatea la debut variază considerabil. Puținii indivizi, care n-au fost niciodată capabili să aibă o erecție de calitate suficientă pentru a realiza contact sexual cu o parteneră, au de regulă o tulburare cronică, existând din, și pentru, totdeauna. Cazurile căpătate se pot remite spontan în timp, în proporție de 15%–30%. Cazurile situaționale pot fi dependente de un tip de parteneră sau de intensitatea sau calitatea relației și sunt episodice și, frecvent, recurente.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de erecție a bărbatului trebuie să fie distinsă de **disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul corespunzător va fi cel de disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale, când se consideră că disfuncția se datorează exclusiv efectelor fiziologice ale unei condiții medicale generale (de ex., diabet zaharat, scleroză multiplă, insuficiență renală, neuropatie periferică, maladie vasculară periferică, leziune medulară spinală, leziune a sistemului nervos vegetativ prin intervenție chirurgicală sau iradiere) (vezi pag. 558). Această precizare se bazează pe istoric (de ex., deteriorarea activității erectile în cursul masturbării), datele de laborator sau examenul somatic. Studiile asupra turgescenței peniene nocturne pot demonstra dacă erecțiile survin în cursul somnului, și pot fi utile în diferențierea tulburărilor de erecție primare de tulburarea de erecție a bărbatului datorată unei condiții medicale generale. Presiunea sângelui penian, evaluările undei pulsului sau studiile cu ultrasunete duplex pot indica pierderea vasculogenă a funcției erectile. Procedeele invasive, precum testarea farmacologică intracorporală sau angiografia, pot evalua prezența problemelor de flux arterial. Cavernosografia poate evalua starea venoasă. Dacă, atât tulburarea de erecție a bărbatului, cât și o condiție medicală generală, sunt prezente, dar se consideră că disfuncția erectilă nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale, atunci este diagnosticată tulburarea de erecție a bărbatului datorată unor factori combinați.

O **disfuncție sexuală indusă de o substanță** se poate distinge de tulburarea de erecție a bărbatului prin faptul că disfuncția sexuală este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., o medicație antihipertensivă, antidepresivă, neuroleptică, un drog de abuz) (vezi pag. 562). Dacă sunt prezente, atât tulburarea de erecție a bărbatului, cât și uzul de o substanță, dar se consideră că disfuncția erectilă nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale uzului de o substanță, atunci este diagnosticată tulburarea de erecție a bărbatului datorată unor factori combinați.

Dacă se consideră că problemele de excitație se datorează exclusiv efectelor fiziologice atât ale unei condiții medicale generale, cât și ale uzului unei substanțe, este diagnosticată atât disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale, cât și disfuncția sexuală indusă de o substanță.

Tulburarea de erecție a bărbatului poate surveni, de asemenea, în asociere cu alte disfuncții sexuale (de ex., ejacularea precoce). Dacă este așa, trebuie menționate ambele. Un diagnostic adițional de tulburare de erecție a bărbatului nu se pune, dacă disfuncția erectilă este explicată mai bine de o **altă tulburare de pe axa I** ( de ex., tulburarea depresivă majoră, tulburarea obsesivo–compulsivă). Diagnosticul adițional poate fi pus când disfuncția erectilă precede tulburarea de pe axa I ori este centrul unei atenții clinice separate. **Problemele ocazionale cu erecția**, care nu sunt persistente sau recurente, sau nu sunt însoțite de detresă sau de dificultate interpersonală marcată , nu sunt considerate a fi tulburare de erecție a bărbatului. Un diagnostic de tulburare de erecție a bărbatului nu este, de asemenea, adecvat, dacă disfuncția erectilă se datorează unei stimulări sexuale care nu este adecvată ca focalizare, intensitate și durată. Bărbații mai în etate pot necesita mai multă stimulare sau mai mult timp pentru a ajunge la o erecție completă. Aceste modificări fiziologice nu trebuie să fie considerate tulburare de erecție a bărbatului.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.72 Tulburarea de Erecție a Bărbatului

A. Incapacitatea recurentă sau persistentă de a atinge ori de a menține o erecție adecvată până a realizarea activității sexuale.

B. Perturbarea cauzează detresă sau dificultate interpersonală marcată .

C. Disfuncția erectilă nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (alta decât o disfuncție sexuală) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz sau un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* tipul:
**Tip primar**
**Tip căpătat**

*De specificat* tipul:
**Tip generalizat**
**Tip situațional**

*De specificat:*
**Datorată factorilor psihologici**
**Datorată unor factori combinați**

## *Tulburările Orgasmice*

## 302.73 Tulburarea de Orgasm a Femeii (*anterior*, Orgasmul Feminin Inhibat)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de orgasm a femeii îl constituie întârzierea sau absența, recurentă sau persistentă, a orgasmului, după o fază de excitație sexuală normală (criteriul A). Femeile prezintă o mare variabilitate în tipul sau intensitatea stimulării care declanșează orgasmul. Diagnosticul de tulburare de orgasm a femeii trebuie să se bazeze pe judecata clinicianului că abilitatea orgasmică a femeii este sub cea rezonabilă pentru etatea, experiența sexuală și adecvarea stimulării sexuale pe care aceasta o primește. Perturbarea trebuie să cauzeze detresă sau dificultăți interpersonale semnificative (criteriul B). Disfuncția nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (inclusiv medicamente) ori ale unei condiții medicale generale (criteriul C).

### Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul (**primară** versus **căpătată**), contextul (**generalizată** versus **situațională**) și factorii etiologici (**datorată factorilor**

**psihologici, datorată unor factori combinați)** pentru tulburarea orgasmică a femeii. (Vezi descrierile la pag. 536).

## Elemente și tulburări asociate

Nu s-a constatat nici o asociere între patternurile specifice de trăsături de personalitate sau de psihopatologie și disfuncția orgasmică la femei. Tulburarea de orgasm a femeii poate afecta imaginea corporală, stima de sine sau satisfacția relațională. Conform unor studii controlate, capacitatea orgasmică nu este corelată cu dimensiunea vaginului sau cu forța mușchilor pelvini. Deși femei cu leziuni ale măduvei spinării, îndepărtarea vulvei sau excizia și reconstrucția vaginului, au relatat că ajung la orgasm, disfuncția orgasmică este raportată frecvent la femeile cu aceste condiții. În general, însă condiții medicale generale, ca diabetul și cancerul pelvin, este foarte posibil să altereze faza de excitație a răspunsului sexual, lăsând capacitatea orgasmică relativ intactă.

## Evoluție

Deoarece capacitatea orgasmică la femei crește cu etatea, tulburarea de orgasm a femeii poate fi mai prevalentă la femeile tinere. Cele mai multe tulburări de orgasm ale femeii sunt mai curând existente dintotdeauna, decât căpătate. Odată ce o femeie învață cum să ajungă la orgasm, ea foarte rar pierde această capacitate, exceptând comunicarea sexuală redusă, relațiile conflictuale, o experiență traumatizantă (de ex., violul), o tulburare afectivă sau o condiție medicală generală. Când disfuncția orgasmică survine numai în anumite situații, pe lângă tulburarea orgasmică, sunt adesea prezente dificultăți cu dorința și excitația sexuală. Multe femei își cresc capacitatea orgasmică pe măsură ce experientează o varietate mai largă de stimulare și capătă mai multe cunoștințe despre propriul lor corp.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de orgasm a femeii trebuie să fie distinsă de o **disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul adecvat trebuie să fie cel de disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale, când se consideră că disfuncția este datorată exclusiv efectelor fiziologice ale unei condiții medicale generale specificate (de ex., o leziune a măduvei spinării) (vezi pag. 558). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă, atât tulburarea de orgasm a femeii, cât și o condiție medicală generală sunt prezente, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale condiției medicale generale, atunci este diagnosticată tulburarea de orgasm a femeii datorată unor factori combinați.

În contrast cu tulburarea de orgasm a femeii, o **disfuncție sexuală indusă de o substanță** este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., antidepresive, benzodiazepine, neuroleptice, antihipertensive, opiacee) (vezi pag. 562). Dacă, atât tulburarea de orgasm a femeii, cât și uzul unei substanțe sunt prezente, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale uzului de substanță, atunci este diagnosticată tulburarea de orgasm a femeii datorată unor factori combinați.

Dacă disfuncția sexuală este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice, atât ale unei condiții medicale generale, cât și ale uzului unei substanțe,

este diagnosticată, atât disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale, cât și disfuncția sexuală indusă de o substanță.

Tulburarea de orgasm a femeii poate surveni, de asemenea, în asociere cu alte disfuncții sexuale (de ex., tulburarea de excitație sexuală a femeii). Dacă este așa, trebuie să fie diagnosticate ambele. Un diagnostic adițional de tulburare de orgasm a femeii nu este pus de regulă dacă dificultatea orgasmică este explicată mai bine de **altă tulburare de pe axa I** (de ex., tulburarea depresivă majoră). Acest diagnostic adițional poate fi pus când dificultatea orgasmică precede tulburarea de pe axa I ori când este centrul unei atenții clinice separate. **Problemele orgasmice ocazionale**, care nu sunt persistente sau recurente, ori nu sunt acompaniate de detresă sau de dificultate interpersonală marcată, nu sunt considerate a fi tulburare de orgasm a femeii. Un diagnostic de tulburare de orgasm a femeii, de asemenea, nu este adecvat dacă problemele se datorează unei stimulări sexuale inadecvate în centrare, intensitate și durată.

## Criteriile de diagnostic pentru 302.73 Tulburarea de Orgasm a Femeii

A. Întârzierea sau absența, persistentă sau recurentă, a orgasmului, după o fază de excitație sexuală normală. Femeile prezintă o mare variabilitate în tipul sau intensitatea stimulării care declanșează orgasmul. Diagnosticul de tulburare de orgasm a femeii trebuie să se bazeze pe judecata clinicianului că abilitatea orgasmică a femeii este mai redusă decât ar fi rezonabil pentru etatea femeii, experiența sa sexuală și adecvarea stimulării sexuale pe care o primește.

B. Perturbarea cauzează detresă sau dificultate interpersonală marcată .

C. Disfuncția orgasmică nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* tipul:
**Tip primar**
**Tip căpătat**

*De specificat* tipul:
**Tip generalizat**
**Tip situațional**

*De specificat:*
**Datorată factorilor psihologici**
**Datorată unor factori combinați**

# 300.74 Tulburarea de Orgasm a Bărbatului (*anterior*, Orgasmul Masculin Inhibat)

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de orgasm a bărbatului îl constituie o întârziere sau absență, persistentă sau recurentă, a orgasmului, după o fază de excitație sexuală normală. În judecarea faptului dacă orgasmul este întârziat, clinicianul trebuie să ia în considerație etatea persoanei și faptul dacă stimularea este adecvată în centrare, intensitate și durată (criteriul A). Perturbarea trebuie să cauzeze o detresă sau dificultate interpersonală marcată (criteriul B). Disfuncția orgasmică nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu este datorată exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (inclusiv a medicamentelor) sau ale unei condiții medicale generale (criteriul C). În cea mai comună formă de tulburare de orgasm a bărbatului, un bărbat nu poate ajunge la orgasm în timpul actului sexual, deși poate ejacula la stimularea manuală sau orală a partenerei. Unii bărbați cu tulburarea de orgasm a bărbatului pot ajunge la orgasm coital, dar numai după o foarte prelungită și intensă stimulare noncoitală. Unii pot ejacula numai prin masturbare. Un grup și mai mic a experimentat orgasm numai în momentul deșteptării dintr-un vis erotic.

## Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul (**primară** versus **căpătată**), contextul (**generalizată** versus **situațională**) și factorii etiologici (**datorată factorilor psihologici, datorată unor factori combinați**) pentru tulburarea orgasmică a bărbatului. (Vezi descrierea la pag. 536).

## Elemente și tulburări asociate

Mulți bărbați anorgasmici coital descriu o senzație excitantă la începutul unui act sexual, dar că intromisiunea devine mai curând o corvoadă decât o plăcere. Poate fi prezent un pattern de excitație sexuală parafilică. Când un bărbat a ascuns lipsa sa de orgasm coital față de soția sa, cuplul se poate prezenta cu infertilitate de cauză necunoscută. Tulburarea poate duce la perturbarea relațiilor maritale sau sexuale existente. Bărbații pot ajunge de regulă la orgasm, chiar când condiții vasculare sau neurologice interferează cu rigiditatea erectilă. Atât senzația de orgasm, cât și contracțiile mușchiului striat la orgasm rămân intacte la bărbații care-și pierd prostata și veziculele seminale prin chirurgie pelvină radicală. Orgasmul poate, de asemenea, surveni în absența emisiunii de spermă (de ex., când ganglionii simpatici sunt lezați chirurgical sau printr-o neuropatie vegetativă).

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de orgasm a bărbatului trebuie să fie distinsă de o **disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul corespunzător trebuie să fie cel de disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale, când disfuncția este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice ale unei condiții medicale generale specifice (de ex., hiperprolactinemie) (vezi pag. 558). Această precizare se

bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Testarea pragului senzorial poate demonstra o reducere a sensibilității în pielea de pe penis datorată unei condiții neurologice (de ex., leziuni ale măduvei spinării, neuropatii senzitive). Dacă, atât tulburarea de orgasm a bărbatului, cât și o condiție medicală generală sunt prezente, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale condiției medicale generale, atunci este diagnosticată tulburarea de orgasm a bărbatului datorată unor factori combinați.

În contrast cu tulburarea de orgasm a bărbatului, o **disfuncție sexuală indusă de o substanță** este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., alcool, opiacee, antihipertensive, antidepresive, neuroleptice) (vezi pag. 562). Dacă, atât tulburarea de orgasm a bărbatului, cât și uzul de o substanță sunt prezente, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale substanței, atunci este diagnosticată tulburarea de orgasm a bărbatului datorată unor factori combinați.

Dacă disfuncția sexuală este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice, atât ale unei condiții medicale generale, cât și ale uzului unei substanțe, atunci este diagnosticată, atât disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale, cât și disfuncția sexuală indusă de o substanță.

Tulburarea de orgasm a bărbatului poate surveni, de asemenea, în asociere cu alte disfuncții sexuale (de ex., tulburarea de erecție a bărbatului). Dacă este așa, trebuie să fie menționate ambele. Un diagnostic adițional de tulburare de orgasm a bărbatului nu se pune de regulă, dacă tulburarea de orgasm a bărbatului este explicată mai bine de **altă tulburare de pe axa I** (de ex., tulburarea depresivă majoră). Un diagnostic adițional poate fi pus când dificultatea orgasmică precede tulburarea de pe axa I sau este centrul unei atenții clinice separate. Mai multe tipuri de disfuncție sexuală (de ex., ejaculare, dar fără orgasm plăcut, orgasm care survine fără ejaculare de spermă mai curând decât cu o ejaculare propulsivă), trebuie să fie diagnosticate ca **disfuncție sexuală fără altă specificație** mai curând ca tulburare de orgasm a bărbatului.

**Problemele orgasmice ocazionale**, care nu sunt persistente sau recurente, sau nu sunt însoțite de detresă sau de dificultăți interpersonale marcate, nu sunt considerate a fi tulburare de orgasm a bărbatului. Pe măsură ce bărbații avansează în etate, ei pot necesita o perioadă mai lungă de stimulare pentru a ajunge la orgasm. Clinicianul trebuie să se asigure, de asemenea, că a existat suficientă stimulare pentru a atinge orgasmul.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.74 Tulburarea de Orgasm a Bărbatului

A. Întârzierea sau absența, persistentă sau recurentă, a orgasmului, după o fază de excitație sexuală normală în cursul activității sexuale pe care clinicianul, ținând cont de etatea persoanei, o consideră a fi adecvată în focalizare, intensitate și durată.

B. Perturbarea cauzează detresă sau dificultate interpersonală marcată .

C. Disfuncția orgasmică nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* tipul:
**Tip primar**
**Tip căpătat**

*De specificat* tipul:
**Tip generalizat**
**Tip situațional**

*De specificat:*
**Datorată factorilor psihologici**
**Datorată unor factori combinați**

## 302.75 Ejacularea Precoce

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al ejaculării precoce îl constituie debutul recurent sau persistent al orgasmului și ejaculării la o stimulare sexuală minimă, înainte, în cursul sau la scurt timp după penetrare și înainte ca persoana s-o dorească (criteriul A). Clinicianul trebuie să țină cont de factorii care afectează durata fazei de excitație, cum ar fi etatea, noutatea partenerei sau a situației sexuale și frecvența recentă a activității sexuale. Majoritatea bărbaților cu această tulburare pot întârzia orgasmul prin automasturbare, o perioadă de timp considerabil mai lungă decât în timpul coitului. Estimările partenerelor referitoare la durata perioadei de timp, de la începutul activității sexuale și până la ejaculare, precum și părerea lor dacă ejacularea precoce constituie o problemă, pot fi foarte diferite. Perturbarea trebuie să cauzeze o detresă sau dificultate interpersonală marcată (criteriul B). Ejacularea precoce nu se datorează exclusiv efectelor directe ale unei substanțe (de ex., abstinenței de opiacee) (criteriul C).

## Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul (**primară** versus **căpătată**), contextul (**generalizată** versus **situațională**) și factorii etiologici (**datorată factorilor psihologici, datorată unor factori combinați**) pentru ejacularea precoce. (Vezi pag. 536).

## Elemente și tulburări asociate

Ca și alte disfuncții sexuale, ejacularea precoce poate crea tensiune într-o relație. Unii bărbați necăsătoriți ezită să se întâlnească cu partenere noi din cauza fricii de a nu fi incomodați de tulburare. Aceasta poate contribui la izolarea socială.

## Evoluție

O mulțime de bărbați tineri învață să întârzie orgasmul pe măsură ce capătă experiență sexuală și avansează în etate, dar unii continuă să ejaculeze precoce și pot cere ajutor pentru tulburare. Unii bărbați sunt capabili să întârzie ejacularea într-o relație de lungă durată, dar experientează o recădere a ejaculării precoce când au o parteneră nouă. De regulă, ejacularea precoce se întâlnește la bărbații tineri și este prezentă de la prima lor încercare de contact sexual. Însă, unii bărbați își pierd capacitatea de a întârzia orgasmul după o perioadă de funcționare adecvată. Când debutul survine după o perioadă de funcționare adecvată, contextul îl constituie adesea o reducere a frecvenței activității sexuale, anxietatea intensă în legătură cu realizarea actului sexual cu o parteneră nouă sau pierderea controlului asupra ejaculării asociată cu dificultatea de a ajunge la erecții sau de a le menține. Unii bărbați, care au încetat uzul regulat de alcool, pot prezenta ejaculare precoce, deoarece ei se bazau pe băut pentru a întârzia orgasmul, în loc de strategii comportamentale învățate.

## Diagnostic diferențial

Ejacularea precoce trebuie să fie distinsă de **disfuncția erectilă în legătură cu dezvoltarea unei condiții medicale generale** (vezi pag. 558). Unii indivizi cu disfuncție erectilă pot omite strategiile uzuale de întârziere a orgasmului. Alții necesită o stimulare noncoitală prelungită pentru a dezvolta un grad de erecție suficientă pentru intromisiune. La astfel de indivizi, excitația sexuală poate fi atât de intensă, că ejacularea survine imediat. **Problemele ocazionale cu ejacularea precoce**, care nu sunt persistente sau recurente ori nu sunt acompaniate de detresă ori dificultate interpersonală marcată, nu desemnează pentru diagnosticul de ejaculare precoce. Clinicianul trebuie, de asemenea, să țină cont de etatea individului, de experiența sa sexuală generală, activitatea sexuală recentă și de noutatea partenerei. Când problemele cu ejacularea precoce se datorează exclusiv uzului unei substanțe (de ex., abstinenței de opiacee), poate fi diagnosticată o **disfuncție sexuală indusă de o substanță** (vezi pag. 562).

### Criteriile de diagnostic pentru 302.75 Ejacularea Precoce

A. Ejaculare persistentă sau recurentă la o excitație sexuală minimă, înaintea, în timpul sau scurt timp după penetrare, și înainte ca persoana s-o dorească. Clinicianul trebuie să țină cont de factorii care afectează durata fazei de excitație, cum ar fi noutatea partenerei sau situației sexuale și frecvența recentă a activității sexuale.

B. Perturbarea cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată .

C. Ejacularea precoce nu se datorează exclusiv efectelor directe ale unei substanțe (de ex., abstinenței de opiacee).

*De specificat* tipul:
**Tip primar**
**Tip căpătat**

*De specificat* tipul:
**Tip generalizat**
**Tip situațional**

*De specificat:*
**Datorată factorilor psihologici**
**Datorată factorilor combinați**

## *Tulburările Algice Sexuale*

## 302.76 Dispareunia (Nedatorată unei Condiții Medicale Generale)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al dispareuniei îl constituie durerea genitală asociată cu contactul sexual (criteriul A). Deși aceasta este cel mai frecvent experientată în cursul coitului, ea poate apare, de asemenea, înainte sau după contactul sexual. Tulburarea poate apare atât la bărbați, cât și la femei. La femei, durerea poate fi descrisă ca superficială, în cursul intromisiunii, sau ca profundă, în timpul pătrunderii penisului. Intensitatea simptomelor poate merge de la un ușor disconfort până la o durere acută. Perturbarea trebuie să cauzeze detresă sau dificultate interpersonală marcată (criteriul B). Perturbarea nu este cauzată exclusiv de vaginism sau de lipsa de lubrifiere, nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu este datorată exclusiv efectelor fiziologice ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (criteriul C).

## Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul (**primară** versus **căpătată**), contextul (**generalizată** versus **situațională**) și factorii etiologici (**datorată factorilor psihologici, datorată unor factori combinați**) pentru dispareunie. (Vezi descrierea de la pag. 536).

## Elemente și tulburări asociate

Dispareunia este rar principala acuză în unitățile de sănătate mentală. Indivizii cu dispareunie solicită de regulă tratament în unitățile medicale generale. Examenul somatic al indivizilor cu această tulburare nu demonstrează de regulă anomalii genitale. Experientarea repetată a durerii genitale în cursul coitului poate duce la evitarea experiențelor sexuale, la ruperea relațiilor sexuale existente ori la limitarea dezvoltării unor noi relații sexuale.

## Evoluție

Cantitatea limitată de informații disponibile sugerează că evoluția dispareuniei tinde a fi cronică.

## Diagnostic diferențial

Dispareunia trebuie să fie distinsă de **disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale** (vezi pag. 558). Diagnosticul corespunzător trebuie să fie cel de disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale, când disfuncția este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice ale unei condiții medicale generale specifice (de ex., lubrifiere vaginală insuficientă; patologie pelvină, cum ar fi infecții vaginale sau ale tractului urinar, țesut vaginal cicatricial, endometrioză sau aderențe; atrofie vaginală postmenopauză, deprivare estrogenă temporară prin lactație; iritarea sau infecția tractului urinar sau condiții gastrointestinale). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. Dacă, atât dispareunia, cât și o condiție medicală generală sunt prezente, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale, atunci este pus diagnosticul de dispareunie datorată unor factori combinați.

În contrast cu dispareunia, o **disfuncție sexuală indusă de o substanță** este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice ale substanței (vezi pag. 562). Un orgasm dureros a fost descris la flufenazină, tioridazină și amoxapină. Dacă este prezentă atât dispareunia, cât și uzul unei substanțe, dar se consideră că disfuncția sexuală nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice ale uzului substanței, atunci este diagnosticată dispareunia datorată unor factori combinați.

Dacă durerea sexuală este considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice atât ale unei substanțe, cît și ale unei condiții medicale generale, este diagnosticată atât disfuncția sexuală indusă de o substanță, cât și disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale.

Dispareunia nu este diagnosticată dacă este cauzată exclusiv de vaginism sau de o lipsă de lubrifiere. Un diagnostic adițional de dispareunie nu este pus de regulă dacă disfuncția sexuală este explicată mai bine de **altă tulburare de pe axa I** (de ex., tulburarea de somatizare). Diagnosticul adițional poate fi pus când dificultățile

orgasmice preced tulburarea de pe axa I ori sunt centrul unei atenții clinice separate. Dispareunia poate surveni, de asemenea, în asociere cu altă disfuncție sexuală (cu excepția vaginismului), iar dacă sunt satisfăcute criteriile pentru ambele, trebuie să fie codificate ambele. Durerea ocazională asociată cu raportul sexual, care nu este persistentă sau recurentă ori nu este acompaniată de detresă sau de dificultate interpersonală marcată, nu este considerată a fi dispareunie.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.76 Dispareunie

A. Durere genitală recurentă sau persistentă asociată cu contactul sexual, fie la bărbat, fie la femeie.

B. Perturbarea cauzează detresă sau dificultate interpersonală marcată .

C. Perturbarea nu este cauzată exclusiv de vaginism sau de lipsa de lubrifiere, nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* tipul:
**Tip primar**
**Tip căpătat**

*De specificat* tipul:
**Tip generalizat**
**Tip situațional**

*De specificat:*
**Datorată factorilor psihologici**
**Datorată unor factori combinați**

## 306.51 Vaginismul (Nedatorat unei Condiții Medicale Generale)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al vaginismului îl constituie contracția involuntară persistentă sau recurentă a mușchilor perineali care înconjoară treimea externă a vaginului când se încearcă penetrarea vaginului cu penisul, degetul, tamponul sau speculul (criteriul A). Perturbarea trebuie să cauzeze detresă sau dificultate interpersonală marcată (criteriul B). Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (cu excepția altei disfuncții sexuale) și nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (criteriul C). La unele femei, chiar anticiparea unei penetrări vaginale poate duce la spasm muscular. Contracția poate merge de la ușoară, inducând o oarecare strâmtare sau disconfort, până la severă, împiedicând penetrarea.

## Subtipuri

Subtipurile sunt prevăzute pentru a indica debutul (**primar** versus **căpătat**), contextul (**generalizat** versus **situațional**) și factorii etiologici (**datorat factorilor psihologici, datorat unor factori combinați**) pentru vaginism. (Vezi descrierile de la pag. 536).

## Elemente și tulburări asociate

Răspunsurile sexuale (de ex., dorință, plăcere, capacitatea orgasmică) pot să nu fie deteriorate, în afară de cazul când este încercată sau anticipată penetrarea. Obstrucția fizică datorată contracției musculare previne de regulă coitul. Ca atare, condiția poate limita dezvoltarea relațiilor sexuale și rupe relațiile sexuale existente. Au fost descrise cazuri de mariaj neconsumat și de infertilitate, asociate cu această condiție. Diagnosticul este pus adesea în cursul unor examene ginecologice de rutină, când răspunsul la examinarea pelvisului duce la o contracție ușor de observat a orificiului vaginal. În unele cazuri, intensitatea contracției poate fi atât de severă sau de prelungită, că provoacă durere. La unele femei, vaginismul survine însă în timpul activității sexuale, dar nu și în timpul examinării ginecologice. Tulburarea este întâlnită mai frecvent la femeile tinere decât la cele bătrâne, la femeile cu atitudini negative față de sex și la femeile care au un istoric de abuz sau traumatism sexual.

## Evoluție

Vaginismul primar are de regulă un debut brusc, devenind manifest pentru prima dată în cursul încercărilor inițiale de penetrare sexuală de către un partener sau în cursul primei examinări ginecologice. Odată ce tulburarea este instalată, evoluția sa este cronică, cu excepția cazului când este ameliorată prin tratament. Vaginismul căpătat poate, de asemenea, surveni brusc, ca răspuns la un traumatism sexual sau la o condiție medicală generală.

## Diagnostic diferențial

Vaginismul trebuie distins de o **disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale** (vezi pag. 558). Diagnosticul adecvat trebuie să fie cel de disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale, când se consideră că disfuncția se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale specifice (de ex., endometrioză sau o infecție vaginală). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic.Vaginismul poate rămâne ca o problemă reziduală după rezolvarea unei condiții medicale generale. Dacă atât vaginismul, cât și o condiție medicală generală sunt prezente, dar se consideră că spasmele vaginale nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale condiției medicale generale, este pus diagnosticul de vaginism datorat unor factori combinați.

Vaginismul poate surveni, de asemenea, în asociere cu alte disfuncții sexuale (de ex., dorința sexuală diminuată). Dacă este așa, trebuie menționate ambele. Deși durerea asociată cu contactul sexual poate surveni în vaginism, un diagnostic adițional de **dispareunie** nu este pus. Un diagnostic adițional de vaginism nu este pus de regulă, dacă spasmele vaginale sunt explicate mai bine de **altă condiție de**

pe axa I (de ex., tulburarea de somatizare). Diagnosticul adițional poate fi pus când spasmele vaginale preced tulburarea de pe axa I ori sunt centrul unei atenții clinice separate.

### Criteriile de diagnostic pentru 306.51Vaginism

A. Spasm involuntar, persistent sau recurent, al musculaturii treimii externe a vaginului, care interferează cu actul sexual.

B. Perturbarea cauzează detresă sau dificultate interpersonală marcată .

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare de pe axa I (de ex., tulburarea de somatizare) și nu este datorată exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* tipul:
**Tip primar**
**Tip căpătat**

*De specificat* tipul:
**Tip generalizat**
**Tip situațional**

*De specificat:*
**Datorat factorilor psihologici**
**Datorat unor factori combinați**

## Disfuncția Sexuală datorată unei Condiții Medicale Generale

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al disfuncției sexuale datorate unei condiții medicale generale îl constituie prezența unei disfuncții sexuale semnificative clinic considerată a fi datorată exclusiv efectelor fiziologice ale unei condiții medicale generale. Disfuncția sexuală poate implica durerea asociată cu contactul sexual, dorința sexuală redusă, disfuncția erectilă a bărbatului sau alte forme de disfuncție sexuală (de ex., tulburări orgasmice) și trebuie să cauzeze detresă sau dificultate interpersonală marcată (criteriul A). Din istoric, examenul somatic și datele de laborator trebuie să rezulte că disfuncția este explicată integral de efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (criteriul B). Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., tulburarea depresivă majoră) (criteriul C).

În a preciza dacă disfuncția sexuală este datorată exclusiv unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să stabilească mai întâi prezența unei condiții medicale generale. Apoi, clinicianul trebuie să stabilească faptul că disfuncția sexuală este etiologic în relație cu condiția medicală generală printr-un mecanism fiziologic. Este necesară o evaluare atentă și cuprinzătoare a numeroși factori pentru a face această judecată. Deși nu există criterii infailibile pentru a

stabili dacă relația dintre disfuncția sexuală și condiția medicală generală este etiologică, mai multe considerente oferă o oarecare ghidare în acest domeniu. Un prim considerent îl constituie prezența unei asocieri temporale între debutul, exacerbarea sau remisiunea condiției medicale generale și cea a disfuncției sexuale. Un al doilea considerent îl constituie prezența de elemente care sunt atipice pentru o disfuncție sexuală primară (de ex., etatea la debut sau evoluția atipică). Datele din literatură, care sugerează că poate exista o asociere directă între condiția medicală generală în chestiune și apariția disfuncției sexuale, pot oferi un context util în evaluarea unei anumite situații. În afară de aceasta, clinicianul trebuie să judece faptul dacă perturbarea nu este explicată mai bine de o disfuncție sexuală primară, de o disfuncție sexuală indusă de o substanță ori de altă tulburare mentală primară (de ex., tulburarea depresivă majoră). Aceste precizări sunt explicate mai în detaliu în secțiunea „Tulburări mentale datorate unei condiții medicale generale" (pag. 181).

Din contra, un diagnostic de disfuncție sexuală cu subtipul „datorată unor factori combinați" este pus dacă se consideră că o combinație de factori psihologici și, fie o condiție medicală generală, fie o substanță este considerată a avea un rol etiologic, dar nici o etiologie nu este suficientă pentru a explica disfuncția.

## Subtipuri

Codul diagnostic și termenul pentru o disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale este selectat pe baza disfuncției sexuale predominante. Termenii menționați mai jos trebuie să fie utilizați în locul rubricii generale de „disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale".

**625.8 Dorință sexuală diminuată a femeii datorată...** [*Se indică condiția medicală generală*]. Acest termen este utilizat dacă, la o femeie, dorința sexuală deficitară sau absentă este elementul predominant.

**608.89 Dorință sexuală diminuată a bărbatului datorată...** [*Se indică condiția medicală generală*]. Acest termen este utilizat dacă, la un bărbat, dorința sexuală deficitară sau absentă este elementul predominant.

**607.84 Tulburare de erecție a bărbatului datorată...** [*Se indică condiția medicală generală*]. Acest termen se utilizează dacă disfuncția erectilă a bărbatului, este elementul predominant.

**625.0 Dispareunie feminină datorată...** [*Se indică condiția medicală generală*]. Acest termen este utilizat dacă, la o femeie, durerea asociată cu contactul sexual este elementul predominant.

**608.89 Dispareunie masculină datorată...** [*Se indică condiția medicală generală*]. Acest termen este utilizat dacă, la un bărbat, durerea asociată cu contactul sexual este elementul predominant.

**625.8 Altă disfuncție sexuală a femeii datorată...** [*Se indică condiția medicală generală*]. Acest termen este utilizat dacă, la o femeie, predomină alt element (de ex., tulburarea de orgasm) sau nu predomină nici unul.

**608.89 Altă disfuncție sexuală a bărbatului datorată...** [*Se indică condiția medicală generală*]. Acest temen este utilizat dacă, la un bărbat, predomină alt element (de ex., tulburarea de orgasm) ori nu predomină nici unul.

## Procedee de înregistrare

În înregistrarea diagnosticului de disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să noteze, atât fenomenologia specifică a disfuncției (din lista de mai sus), cât și condiția medicală generală identificată, considerată a fi cauza disfuncției de pe axa I (de ex., 607.84 Tulburare de erecție a bărbatului datorată diabetului zaharat). Codul ICD-9-CM pentru condiția medicală generală este, de asemenea, notat pe axa III (de ex., 250.0 diabet zaharat). (Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnosticelor ICD-9-CM selectate pentru condițiile medicale generale).

## Condiții medicale generale asociate

O diversitate de condiții medicale generale pot cauza disfuncție sexuală, incluzând condiții neurologice (de ex., scleroza multiplă, leziunile medulare spinale, neuropatiile, leziunile lobului temporal), condiții endocrine (de ex., diabetul zaharat, hipotiroidismul, hiper- și hipoadrenocorticismul, hiperprolactinemia, stările hipogonadale, disfuncția pituitară), condiții vasculare și genitourinare (de ex., o maladie testiculară, maladia Peyronie, infecțiile uretrale, complicațiile postprostatectomie, traumatismele sau infecțiile genitale, vaginita atrofică, infecțiile vaginului și organelor genitale externe, complicațiile postchirurgicale, cum ar fi cicatricile postepisiotomie, vaginul scurt, cistita, endometrioza, prolapsul uterin, infecțiile pelvine, neoplasmele, ooforectomia fără tratament hormonal de substituție și efectele secundare ale tratamentelor cancerului [chirurgical, iradiere, chemoterapie]). Experiența clinică curentă sugerează că disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale este de regulă generalizată. Datele suplimentare ale examenului somatic, datele de laborator și patternurile de prevalență sau de debut reflectă condiția medicală generală etiologică.

## Diagnostic diferențial

Disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale este diagnosticată numai dacă disfuncția sexuală este explicată integral de efectele directe ale condiției medicale generale. Dacă factorii psihologici joacă, de asemenea, un rol în debutul, severitatea, exacerbarea sau menținerea unei disfuncții sexuale, diagnosticul este cel de **disfuncție sexuală primară** (cu subtipul **datorată unor factori combinați**). În precizarea faptului, dacă disfuncția sexuală este primară sau datorată exclusiv efectelor directe ale unei condiții medicale generale, un istoric medical și psihosexual cuprinzător este cel mai important component al evaluării. Pentru bărbați, teste precum turgescența peniană nocturnă, studiile vasculare și injectarea de activatori tisulari, pot fi utile în evaluare. O examinare ginecologică atentă este importantă în efectuarea acestor evaluări la femei, în special în evaluarea durerilor sexuale. Evaluarea neurologică și endocrină poate fi utilă, atât la bărbați, cât și la femei.

Dacă există proba unui uz recent sau prelungit de o substanță (inclusiv de medicamente), abstinenței de o substanță ori expunerii la un toxic, și faptul că disfuncția sexuală este explicată mai bine de efectele directe ale substanței, trebuie luată în considerație o **disfuncție sexuală indusă de o substanță**. Clinicianul trebuie să se informeze atent asupra naturii și întinderii uzului de o substanță, inclusiv de medicamente. Simptomele care survin în cursul sau la scurt timp (adică, în decurs de 4 săptămâni) după intoxicația cu o substanță sau după uzul unui

medicament pot fi extrem de evocatoare de o disfuncție sexuală indusă de o substanță, în funcție de tipul sau cantitatea substanței utilizate ori de durata uzului. Dacă clinicianul apreciază că disfuncția sexuală se datorează, atât unei condiții medicale generale, cât și uzului unei substanțe, pot fi puse ambele diagnostice (adică, disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale și disfuncție sexuală indusă de o substanță).

Dorința sexuală diminuată, disfuncția excitatorie și, în mai mică măsură, disfuncția orgasmică pot surveni și ca simptome ale **tulburării depresive majore**. În tulburarea depresivă majoră, nu pot fi demonstrate nici un fel de mecanisme fiziopatologice cauzale specifice și directe, asociate cu o condiție medicală generală. Disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale trebuie să fie distinsă de **diminuarea interesului și funcționării sexuale care poate însoți avansarea în etate.**

## Criteriile de diagnostic pentru Disfuncția Sexuală datorată ... *[Se indică condiția medicală generală]*

A. Disfuncție sexuală semnificativă clinic care duce la detresă sau dificultate interpersonală marcată și predomină în tabloul clinic.

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator rezultă proba că disfuncția sexuală este explicată integral de efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., tulburarea depresivă majoră).

*A se selecta* codul și termenul pe baza disfuncției sexuale predominante:

**625.8 Dorință sexuală diminuată a femeii datorată ...*[Se indică condiția medicală generală]:*** dacă dorința sexuală deficitară sau absentă este elementul predominant

**608.89 Dorință sexuală diminuată a bărbatului datorată ...*[Se indică condiția medicală generală]:*** dacă dorința sexuală deficitară sau absentă este elementul predominant

**607.84 Tulburare de erecție a bărbatului datorată...*[Se indică condiția medicală*** generală]: dacă disfuncția erectilă a bărbatului este elementul predominant

**625.0 Dispareunie feminină datorată...*[Se indică condiția medicală generală]:*** dacă durerea asociată cu actul sexual este elementul predominant

**608.89 Dispareunie masculină datorată...*[Se indică condiția medicală generală]:*** dacă durerea asociată cu actul sexual este elementul predominant

**625.8 Altă disfuncție sexuală a femeii datorată...*[Se indică condiția medicală generală]:*** dacă predomină un alt element (de ex., tulburarea de orgasm) sau nu predomină nici un element

**608.89 Altă disfuncție sexuală a bărbatului datorată...*[Se indică condiția medicală generală]:*** dacă predomină un alt element (de ex., tulburarea de orgasm) sau nu predomină nici un element

**Notă de codificare:** Numele condiției medicale generale se incude pe axa I, de ex., 607.84 Tulburare de erecție a bărbatului datorată diabetului zaharat; condiția medicală generală se include pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).

# Disfuncția Sexuală indusă de o Substanță

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al disfuncției sexuale induse de o substanță îl constituie o disfuncție sexuală semnificativă clinic care duce la detresă sau la dificultate interpersonală marcată (criteriul A). În funcție de substanța implicată, disfuncția poate comporta deteriorarea dorinței, deteriorarea excitației, deteriorarea orgasmului sau durere sexuală. Disfuncția sexuală este considerată a fi explicată integral de efectele fiziologice directe ale unei substanțe (adică, un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) (criteriul B). Perturbarea nu trebuie să fie explicată mai bine de o disfuncție sexuală care nu este indusă de o substanță (criteriul C). Acest diagnostic trebuie să fie pus în locul celui de intoxicație cu o substanță, numai când simptomele sexuale sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Pentru o discuție mai detailată a tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 191).

O disfuncție sexuală indusă de o substanță se distinge de o disfuncție sexuală primară prin luarea în considerație a debutului și evoluției. Pentru drogurile de abuz, trebuie să existe proba intoxicației din istoric, examenul somatic sau datele de laborator. Disfuncțiile sexuale induse de o substanță apar numai în asociere cu intoxicația, în timp ce disfuncțiile sexuale primare pot precede debutul uzului de o substanță sau apar în cursul perioadelor de abstinență persistentă de o substanță. Factorii care sugerează că disfuncția este explicată mai bine de o disfuncție sexuală primară includ persistența disfuncției o perioadă de timp considerabilă (adică, aproximativ o lună) după terminarea intoxicației cu o substanță și apariția unei disfuncții care este considerabil în exces față de ceea ce ar fi de așteptat, dat fiind tipul sau cantitatea substanței utilizate ori durata uzului, sau un istoric de disfuncții sexuale primare recurente anterioare.

## Specificanți

Următorii specificanți pentru disfuncția sexuală indusă de o substanță sunt selectați pe baza disfuncției sexuale predominante. Deși prezentarea clinică a disfuncției sexuale poate fi asemănătoare cu cea a disfuncțiilor sexuale primare, nu este necesar să fie satisfăcute criteriile complete pentru vreuna dintre aceste disfuncții.

**Cu dorință deteriorată.** Specificantul este utilizat dacă dorința sexuală deficitară sau absentă este elementul predominant.

**Cu excitație deteriorată.** Acest specificant este utilizat dacă deteriorarea excitației sexuale (de ex., disfuncția erectilă, deteriorarea lubrifierii) este elementul predominant.

**Cu orgasm deteriorat.** Acest specificant este utilizat dacă deteriorarea orgasmului este elementul predominant.

**Cu durere sexuală.** Acest specificant este utilizat dacă durerea asociată cu contactul sexual este elementul predominant.

Disfuncțiile sexuale induse de o substanță își au debutul în cursul intoxicației cu o substanță și aceasta poate fi indicat prin mențiunea **cu debut în cursul intoxicației.**

## Procedee de înregistrare

Numele disfuncției sexuale indusă de o substanță începe cu cel al substanței specifice (de ex., alcool, fluoxetină) care se presupune a fi din cauza disfuncției sexuale. Codul diagnostic este selectat din lista claselor de substanțe prevăzute în setul de criterii. Pentru substanțele care nu intră în nici una dintre clase (de ex., fluoxetină) trebuie să fie utilizat codul pentru „altă substanță". În afară de aceasta pentru medicamentele prescrise în doze terapeutice, medicamentul specific poate fi indicat prin menționarea codului E pe axa I (vezi anexa G). Numele tulburării este urmat de specificarea prezentării simptomului dominant (de ex., 292.89 Disfuncție sexuală indusă de cocaină, cu deteriorarea excitației). Când se consideră că mai mult decât o singură substanță joacă un rol semnificativ în dezvoltarea disfuncției sexuale, fiecare trebuie să fie menționată separat (de ex., 291.8 Disfuncție sexuală indusă de alcool, cu deteriorarea excitației; 292.89 Disfuncție sexuală indusă de fluoxetină, cu deteriorarea orgasmului). Dacă o substanță este considerată a fi factor etiologic, dar substanța specifică sau clasa de substanțe este necunoscută, poate fi utilizată categoria 292.89 Disfuncție sexuală indusă de o substanță necunoscută.

## Substanțe specifice

Disfuncțiile sexuale pot surveni în asociere cu intoxicația cu următoarele clase de substanțe: alcool; amfetamină și substanțe afine; cocaină; opiacee; sedative, hipnotice și anxiolitice, și alte substanțe sau substanțe necunoscute. S-a relatat că intoxicația acută sau abuzul cronic de substanțe de abuz scade interesul sexual și cauzează probleme de excitație la ambele sexe. Scăderea interesului sexual (la ambele sexe), tulburările de excitație (la ambele sexe) și tulburările de orgasm (mai frecvente la bărbați) pot fi, de asemenea, cauzate de medicamentele prescrise, incluzând antihipertensivele, antagoniștii receptorilor H2 ai histaminei, antidepresivele (în special, inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei), neurolepticele, anxioliticele, steroizii anabolici și antiepilepticele. Un orgasm dureros a fost descris la flufenazină, tioridazină și amoxapină. Priapismul a fost descris în uzul de clorpromazină, trazodonă, clozapină și după injecțiile peniene cu papaverină și prostaglandină. Blocanții recaptării serotoninei pot cauza scăderea dorinței sexuale sau tulburări de excitație. Medicamente, cum ar fi agenții hipertensivi sau steroizii anabolici, pot, de asemenea, provoca dispoziție depresivă sau iritabilă pe lângă disfuncția sexuală, și poate fi justificat un diagnostic adițional de tulburare depresivă indusă de o substanță. Experiența clinică curentă sugerează în mod clar că disfuncția sexuală indusă este de regulă generalizată (adică nu este limitată la anumite tipuri de stimulare, de situații sau de parteneri).

## Diagnostic diferențial

Disfuncțiile sexuale survin frecvent în **intoxicația cu o substanță.** Diagnosticul de intoxicație cu o substanță specifică va fi suficient pentru a încadra prezentarea simptomului. Un diagnostic de disfuncție sexuală indusă de o substanță trebuie să fie pus în locul diagnosticului de intoxicație cu o substanță, numai când se consideră că disfuncția este în exces față de cea asociată de regulă cu sindromul de intoxicație și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Dacă factorii psihologici joacă, de asemenea, un rol în debutul,

severitatea, exacerbarea sau menținerea unei disfuncții sexuale, diagnosticul este cel de disfuncție sexuală primară (cu subtipul „datorată unor factori combinați").

Disfuncția sexuală indusă de o substanță se distinge de o **disfuncție sexulă primară**, prin faptul că simptomele sunt considerate a fi explicate integral de efectele directe ale substanței (vezi pag. 562).

O disfuncție sexuală indusă de o substanță datorată unui tratament prescris pentru o tulburare mentală sau o condiție medicală generală trebuie să-și aibă debutul în timp ce persoana primește medicamentul (de ex., medicația hipertensivă). Odată ce tratamentul este întrerupt, disfuncția sexuală se va remite în decurs de câteva zile sau săptămâni (în funcție de semiviața substanței). Dacă disfuncția sexuală persistă, trebuie să fie luate în considerație alte cauze pentru disfuncție. Efectele secundare ale medicamentelor prescrise, care afectează funcția sexuală, pot face pe indivizi să fie noncomplianți la tratament, dacă ei pun funcționarea sexuală deasupra beneficiului medicamentului.

Deoarece indivizii cu condiții medicale generale iau adesea medicamente pentru aceste condiții, clinicianul trebuie să ia în considerație posibilitatea ca disfuncția sexuală să fie cauzată mai curând de consecințele fiziologice ale condiției medicale generale decât de medicament, în care caz este diagnosticată **disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale**. Istoricul furnizează adesea baza fundamentală pentru o astfel de judecată. Uneori poate fi necesară o modificare în tratamentul condiției medicale generale (de ex., substituirea sau întreruperea medicamentului) pentru a determina empiric faptul dacă pentru persoana respectivă medicamentul este agentul cauzal. Dacă clinicianul a ajuns la concluzia că disfuncția se datorează, atât condiției medicale generale, cât și uzului unei substanțe, sunt puse ambele diagnostice (adică, disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale și disfuncție sexuală indusă de o substanță). Când există insuficiente date pentru a preciza dacă disfuncția sexuală se datorează unei substanțe (inclusiv unui medicament) sau unei condiții medicale generale, ori este primară (adică, nu se datorează nici unei substanțe și nici unei condiții medicale generale) este indicată **disfuncția sexuală fără altă specificație** .

## Criteriile de diagnostic pentru Disfuncția Sexuală indusă de o Substanță

A. Disfuncție sexuală semnificativă clinic, care duce la detresă ori la dificultate interpersonală marcată și predomină în tabloul clinic.

B. Există probe din istoric, examenul somatic și datele de laborator, că disfuncția sexuală este explicată integral de uzul de o substanță, după cum este indicat, fie de (1), sau (2):

(1) simptomele de la criteriul A apar în cursul intoxicației sau în mai puțin de o lună de la intoxicația cu o substanță,
(2) utilizarea unui medicament este etiologic în legătură cu perturbarea.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o disfuncție sexuală care nu este indusă de o substanță. Proba că simptomele sunt explicate mai bine de o disfuncție sexuală care nu este indusă de o substanță poate include următoarele: simptomele preced debutul uzului sau dependenței de o substanță (sau al uzului de un medicament); simptomele persistă o perioadă considerabilă de timp (de ex., aproximativ o lună) după încetarea intoxicației sau sunt substanțial în exces față de ceea ce ar fi de așteptat, dat fiind tipul sau cantitatea de substanță utilizată sau durata uzului, ori există alte date care sugerează existența unei disfuncții sexuale independente, neinduse de o substanță (de ex., un istoric de episoade recurente fără legătură cu o substanță).

**Notă:** Acest diagnostic trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță, numai când disfuncția sexuală este în exces față de cea asociată de regulă cu sindromul de intoxicație și când disfuncția este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată.

*A se codifica* astfel disfuncția sexuală indusă de [substanța specifică]:
291.8 alcool; 292.89 amfetamină (sau o substanță similară amfetaminei); 292.89 cocaină; 292.89 opiacee; 292.89 sedative, hipnotice sau anxiolitice, 292.89 altă substanță (ori o substanță necunoscută).

*De specificat* dacă :
**Cu dorință deteriorată**
**Cu excitație deteriorată**
**Cu orgasm deteriorat**
**Cu durere sexuală**

*De specificat* dacă :
**Cu debut în cursul intoxicației**: dacă sunt satisfă cute criteriile pentru intoxicația cu o substanță, iar simptomele apar în cursul sindromului de intoxicație.

## 302.70 Disfuncția Sexuală Fără Altă Specificație

Această categorie include disfuncțiile sexuale care nu satisfac criteriile pentru nici o disfuncție sexuală specifică. Exemplele includ:

1. Nici un fel de senzații erotice subiective (ori considerabil diminuate), în disprețul unei excitații și orgasm, de altfel normale.
2. Situațiile în care clinicianul a ajuns la concluzia că este prezentă o disfuncție sexuală, dar este incapabil să precizeze dacă aceasta este primară, datorată unei condiții medicale generale sau este indusă de o substanță.

# Parafiliile

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale unei parafilii le constituie fanteziile excitante sexual intense, recurente și impulsiunile sexuale sau comportamentele care implică în general 1) obiecte nonumane, 2) suferința sau umilirea subiectului sau a partenerului acestuia sau 3) copii ori alte persoane care nu consimt, care survin pentru o perioadă de cel puțin 6 luni (criteriul A). Pentru unii indivizi, fanteziile sau stimulii parafilici sunt obligatorii pentru excitația erotică și sunt totdeauna incluși în activitatea sexuală. În alte cazuri, preferințele parafilice survin numai episodic (de ex., în cursul perioadelor de stres), în timp ce alte ori persoana este capabilă să funcționeze sexual fără fantezii sau stimuli parafilici. Pentru pedofilie, voyeurism, exhibiționism și frotteurism, diagnosticul este pus dacă persoana a acționat conform acestor pulsiuni sau pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată. Pentru sadismul sexual, diagnosticul este pus dacă persoana a acționat conform acestor pulsiuni cu o persoană care nu consimte sau aceste pulsiuni, fantezii sexuale sau comportamente cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată. Pentru restul parafiliilor, diagnosticul este pus dacă comportamentul, pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante (criteriul B).

Se poate trece la realizarea imageriei parafilice cu un partener care nu consimte, într-un mod care poate fi injurios pentru partener (ca în sadismul sexual sau în pedofilie). Individul poate fi subiect de arestare și încarcerare. Ofensele sexuale contra copiilor constituie un procent semnificativ din toate actele sexuale infracționale raportate, iar indivizii cu exhibiționism, pedofilie și voyeurism constituie majoritatea ofensatorilor sexuali arestați. În unele situații, trecerea la realizarea imageriei parafilice poate duce la autovătămare (ca în masochismul sexual). Relațiile sociale și sexuale pot suferi, dacă alții consideră comportamentul sexual insolit rușinos sau repugnant, sau dacă partenerul sexual al individului refuză să coopereze la preferințele sexuale insolite. În unele cazuri, comportamentul insolit (de ex., actele exhibiționiste sau colectarea de obiecte fetiș) poate deveni activitatea sexuală majoră din viața individului. Acești indivizi se adresează rar din proprie inițiativă, de regulă intrând în atenția specialiștilor în sănătate mentală, numai când comportamentul lor îi aduce în conflict cu partenerii sexuali sau cu societatea.

Parafiliile descrise aici sunt condiții care au fost identificate ca atare în clasificările anterioare. Ele includ exhibiționismul (expunerea organelor genitale), fetișismul (uzul de obiecte inerte), frotteurismul (atingerea și frecarea de o persoană care nu consimte), pedofilia (centrarea pe copii prepubertari), masochismul sexual (a fi umilit sau a fi făcut să sufere), sadismul sexual (provocarea de umilire și suferință), fetișismul transvestic (travestirea) și voyeurismul (observarea activității sexuale). Categoria reziduală de parafilie fără altă specificație, include alte parafilii care sunt mai puțin frecvent întâlnite. Nu rar, indivizii au mai mult decât o singură parafilie.

## Procedee de înregistrare

Indivizii cu parafilie se diferențiază pe baza focalizării parafilice caracteristice. Dacă însă preferințele sexuale ale individului satisfac criteriile pentru mai mult decât o singură parafilie, trebuie diagnosticate toate. Codul și termenii diagnostici sunt următorii: 302.4 Exhibiționism, 302.81 Fetișism, 302.89 Frotteurism, 302.2 Pedofilie, 302.83 Masochism sexual, 302.84 Sadism sexual, 302.3 Fetișism transvestic, 302.82 Voyeurism, și 302.9 Parafilie fără altă specificație.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Stimulul preferat, chiar în cadrul unei parafilii anumite, poate fi extrem de specific. Indivizii care nu au un partener consentiv cu care să treacă la realizarea fanteziilor lor pot recurge la serviciile prostituatelor sau își pot realiza fanteziile cu persoane care se opun. Indivizii cu parafiliile își pot alege o ocupație, dezvolta un hobby sau se pot oferi să îndeplinească o activitate care-i aduce în contact cu stimulul dorit (de ex., vânzători de pantofi sau de lenjerie de damă [fetișism], lucrul cu copii [pedofilie], conducerea unei ambulanțe [sadism sexual]). Ei pot, în mod selectiv, vedea, citi, procura sau colecta fotografii, filme și descrieri textuale care sunt centrate pe tipul lor preferat de stimul parafilic. Mulți indivizi cu aceste tulburări afirmă că comportamentul nu le cauzează nici un fel de detresă și că singura lor problemă o constituie disfuncția socială ca rezultat al reacției altora la comportamentul lor. Alții relatează un sentiment de culpă extremă, de rușine și depresie pentru faptul de a se fi angajat într-o activitate sexuală care este inacceptabilă social sau pe care ei o consideră drept imorală. Adesea există o deteriorare în capacitatea pentru o activitate sexuală afectuoasă, reciprocă, și pot fi prezente disfuncții sexuale. Perturbările de personalitate sunt, de asemenea, frecvente și pot fi suficient de severe pentru a justifica un diagnostic de tulburare de personalitate. La indivizii cu parafilii pot apare simptome de depresie, acestea putând fi însoțite de o creștere în frecvența și intensitatea comportamentului parafilic.

**Date de laborator asociate.** Pletismografia peniană a fost utilizată, în condiții de cercetare, pentru a evalua diversele parafilii prin măsurarea excitației sexuale a individului ca răspuns la stimuli vizuali și auditivi. Fiabilitatea și validitatea acestui procedeu în evaluarea clinică nu a fost bine stabilită, iar experiența clinică sugerează că subiecții pot simula răspunsurile prin manipularea imaginilor mentale.

**Condiții medicale generale asociate.** Frecvent, contactul sexual neprotejat poate duce la o infecție sau la transmiterea unei maladii transmise sexual. Comportamentele sadice sau masochiste pot duce la vătămări, mergând ca importanță de la minore până la a pune în pericol viața.

## Elemente specifice culturii și sexului

Diagnosticul parafiliilor pe secțiune transversală prin diverse culturi sau religii este complicat de faptul că, ceea ce este considerat deviant într-un mediu cultural poate fi mai acceptabil în alt mediu. Cu excepția masochismului sexual, în care rata sexului este estimată a fi de 20 de bărbați la fiecare femeie, celelalte parafilii nu sunt aproape niciodată diagnosticate la femei, deși au fost descrise câteva cazuri.

## Prevalență

Deși parafiliile sunt rar diagnosticate în unitățile clinice generale, marea piață comercială de pornografie și accesorii parafilice sugerează că prevalența sa în comunitate este posibil să fie mai mare. Cazurile cel mai frecvent prezente în clinicile specializate în tratamentul parafiliilor sunt reprezentate de pedofilie, voyeurism și exhibiționism. Masochismul și sadismul sexual sunt întâlnite foarte rar. Aproximativ jumătate dintre indivizii cu parafilii întâlniți în clinică sunt căsătoriți.

## Evoluție

Unele din fanteziile și comportamentele asociate cu parafiliile pot începe în copilărie sau precoce în adolescență, însă devin mai bine definite și elaborate în cursul adolescenței și începutul perioadei adulte. Elaborarea și revizuirea fanteziilor parafilice poate continua de-a lungul întregii vieți a individului. Prin definiție, fanteziile și pulsiunile asociate cu aceste tulburări sunt recurente. Mulți indivizi relatează că fanteziile sunt totdeauna prezente, dar că există perioade de timp când frecvența fanteziilor și intensitatea pulsiunilor variază considerabil. Tulburările tind a fi cronice și să dureze toată viața, dar atât fanteziile, cât și comportamentele diminuă adesea cu avansarea în etate la adulți. Comportamentele se pot intensifica drept răspuns la stresori psihosociali, în relație cu alte tulburări mentale ori cu creșterea oportunităților de a se angaja în parafilie.

## Diagnostic diferențial

O parafilie trebuie să fie distinsă de **uzul nonpatologic de fantezii sexuale, comportamente sau obiecte drept stimul pentru excitația sexuală** la indivizii fără parafilie. Fanteziile, comportamentele sau obiectele sunt parafilice numai când duc la o detresă sau deteriorare semnificativă clinic (de ex., sunt obligatorii, duc la disfuncție sexuală, necesită participarea de indivizi care nu consimt, duc la complicații legale, interferează cu relațiile sociale).

În **retardarea mentală, demență, modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale, intoxicația cu o substanță, episodul maniacal sau schizofrenie**, poate exista o reducere a judecății, a aptitudinilor sociale sau a controlului impulsului care, în rare cazuri, pot duce la un comportament sexual insolit. Acesta poate fi distins de o parafilie prin faptul că comportamentul insolit nu este patternul preferat sau obligatoriu al individului, simptomele sexuale survenind exclusiv în cursul acestor tulburări mentale, iar actele sexuale insolite tind a fi mai curând izolate decât recurente și debutează de regulă la o etate mai avansată.

Parafiliile individuale pot fi distinse pe baza diferențelor în centrarea parafilică caracteristică. Dacă însă preferințele sexuale ale individului satisfac criteriile pentru

mai mult decât o parafilie, pot fi diagnosticate toate. **Exhibiționismul** trebuie să fie distins de **urinatul în public**, care este oferit uneori drept explicație pentru acest comportament. **Fetișismul și fetișismul transvestic** comportă adesea, ambele, articole de îmbrăcăminte feminină. În fetișism, focarul excitației sexuale îl constituie articolele de îmbrăcăminte în sine (de ex., chiloții), pe când în fetișismul transvestic excitația sexuală provine din actul travestirii. Travestirea, care este prezentă în fetișismul transvestic, poate fi prezentă și-n **masochismul sexual**. În masochismul sexual, umilirea de a fi forțat să se travestească este cea care este excitantă sexual și nu articolele de îmbrăcăminte în sine.

Travestirea poate fi asociată cu disforie sexuală. Dacă este prezentă o oarecare disforie sexuală, dar nu sunt satisfăcute complet criteriile pentru tulburarea de identitate sexuală, diagnosticul este cel de fetișism transvestic, cu disforie sexuală. Indivizii trebuie să primească diagnosticul adițional de **tulburare de identitate sexuală**, dacă tabloul lor clinic satisface complet criteriile pentru tulburarea de identitate sexuală.

## 302.4 Exhibiționismul

Focalizarea parafilică în exhibiționism implică expunerea organelor genitale proprii unui străin. Uneori individul se masturbează în timp ce se exhibă (sau în timp ce își imaginează că se exhibă). Dacă persoana trece la realizarea acestor pulsiuni, nu există în general nici o tentativă de activitate sexuală ulterioară cu străinul. În unele cazuri, individul este conștient de faptul că dorește să surprindă sau să șocheze observatorul. În alte cazuri, individul are fantezia excitantă sexual, că observatorul se va excita și el sexual. Debutul survine de regulă înainte de etatea de 18 ani, însă poate avea loc și la o etate mai avansată. La grupele de indivizi în etate sunt făcute mai puține arestări, ceea ce poate sugera că această condiție devine mai puțin severă după etatea de 40 de ani.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.4 Exhibiționism

A. În decursul unei perioade de cel puțin 6 luni, fantezii excitante sexual, intense, recurente, pulsiuni sexuale sau comportamente implicând expunerea organelor genitale proprii unui străin insuspectant.

B. Persoana a acționat conform acestor pulsiuni sexuale, ori pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată.

## 302.81 Fetișismul

Focalizarea parafilică în fetișism implică utilizarea de obiecte inerte („fetișuri"). Printre cele mai frecvente obiecte fetiș se află chiloții de damă, sutienele, ciorapii, pantofii, cizmele sau alte articole de îmbrăcăminte. Persoana cu fetișism se masturbează frecvent în timp ce poartă, mângâie sau miroase obiectul fetiș, ori poate cere partenerei sexuale să îmbrace obiectul în timpul raporturilor sexuale. De

regulă, fetișul este cerut sau intens preferat pentru excitația sexuală, în absența sa putând exista disfuncție erectilă la bărbați. Această parafilie nu este diagnosticată, când fetișurile sunt limitate la articole de îmbrăcăminte feminină utilizate în travestire, ca în fetișismul transvestic, sau când obiectul este stimulant genital, pentru că el a fost destinat acestui scop (de ex., un vibrator). De regulă parafilia începe în adolescență, deși fetișul se poate să fi fost înzestrat cu o semnificație specială precoce în copilărie. Odată instalat, fetișismul tinde a fi cronic.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.81 Fetișism

A. În decursul unei perioade de cel puțin 6 luni, fantezii excitante sexual intense, recurente, pulsiuni sexuale sau comportamente implicând uzul unor obiecte inerte (de ex., lenjerie feminină).

B. Fanteziile, pulsiunile sexuale sau comportamentale cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

C. Obiectele fetiș nu sunt limitate la articole de îmbrăcăminte feminină utilizate în travestire (ca în fetișismul transvestic) sau la instrumente destinate stimulării genitale tactile (de ex., un vibrator).

## 302.89 Frotteurismul

Focalizarea parafilică a frotteurismului implică atingerea și frecarea de o persoană care nu consimte. Comportamentul survine de regulă în locuri aglomerate, din care individul poate scăpa ușor de arestare (de ex., pe trotuare aglomerate sau în vehiculele de transport public). El își freacă organele genitale de coapsele sau fesele victimei sau îi mângâie organele genitale ori sânii cu mâinile. În timp ce face aceasta, el își imaginează de regulă o relație afectuoasă, exclusivă, cu victima. El recunoaște însă că, pentru a evita o posibilă urmărire, el trebuie să scape detectării după atingerea victimei sale. De regulă parafilia începe în adolescență. Cele mai multe acte de frotaj survin când persoana este în etate de 15–25 de ani, după care apare un declin gradual în frecvență.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.89 Frotteurism

A. În cursul unei perioade de cel puțin 6 luni, fantezii excitante sexual, intense, recurente, pulsiuni sexuale sau comportamente implicând atingerea sau frecarea de o persoană care nu consimte.

B. Persoana a acționat conform acestor pulsiuni sexuale, ori pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată.

## 302.2 Pedofilia

Focalizarea parafilică a pedofiliei implică activitatea sexuală cu un copil prepubertar (în general, în etate de 13 ani sau mai mic). Individul cu pedofilie trebuie să fie în etate de 16 ani sau mai mult, și cu cel puțin 5 ani mai în etate decât copilul. Pentru indivizii în ultima parte a adolescenței cu pedofilie, nu este specificată o diferență de etate precisă și trebuie făcut uz de judecata clinică, fiind luată în considerație, atât maturitatea sexuală a copilului, cât și diferența de etate. Indivizii cu pedofilie relatează în general o atracție față de copii de o anumită grupă de etate. Unii indivizi preferă bărbații, alții femeile, iar alții sunt excitați, atât de bărbați, cât și de femei. Cei atrași de femei preferă de regulă fetele în etate de 8 până la 10 ani, pe când cei atrași de bărbați preferă băieții ceva mai mari. Pedofilia, implicând victime feminine, este raportată mai frecvent decât cea implicând victime masculine. Unii indivizi cu pedofilie sunt atrași sexual numai de copii (tip exclusiv), în timp ce alții sunt atrași uneori și de adulți (tip nonexclusiv). Indivizii cu pedofilie, care acționează conform pulsiunilor lor cu copii, își pot limita activitatea la dezbrăcarea și privirea copilului, exhibarea lor înșiși, masturbarea în prezența copilului sau atingerea și mângâierea tandră a acestuia. Alții, însă, practică felația sau cuninlincția asupra copilului sau penetrează vaginul fetiței, gura sau anusul cu degetele lor, cu obiecte străine sau cu penisul și utilizează diverse grade de forță pentru a face așa ceva. Aceste activități sunt explicate frecvent cu scuze sau raționalizări, cum că ele au „valoare educativă" pentru copil și că acesta obține „plăcere sexuală" din ele ori că copilul a fost „provocator sexual" — teme care sunt, de asemenea, comune în pornografia pedofilică. Din cauza naturii egosintonice a pedofiliei, mulți indivizi cu fantezii, pulsiuni sau comportamente pedofilice nu experientează o detresă semnificativă. Este important de înțeles că experientarea detresei în legătură cu faptul de a avea fantezii, pulsiuni sau comportamente nu este necesară pentru diagnosticul de pedofilie. Indivizii care au un pattern de excitație pedofilică și acționează conform acestor fantezii sau pulsiuni cu un copil sunt desemnați pentru diagnosticul de pedofilie.

Indivizii își pot limita activitățile la proprii lor copii, la copiii vitregi ori rude, sau pot victimiza copii din afara familiei lor. Unii indivizi cu pedofilie amenință copilul spre a preveni denunțarea. Alții, în special cei care victimizează copii frecvent, elaborează tehnici complicate pentru a avea acces la copii, tehnici care pot include câștigarea încrederii mamei copilului, căsătorirea cu o femeie cu un copil atrăgător, comercializarea de copii cu alți indivizi cu pedofilie sau, în rare cazuri, iau în custodie copii din țările neindustrializate ori răpesc copii de la străini. Cu excepția cazurilor în care tulburarea este asociată cu sadismul sexual, persoana poate fi atentă la necesitățile copilului, în scopul câștigării afecțiunii, interesului și loialității copilului și spre a preveni relatarea de către copil a activității sexuale. Tulburarea începe de regulă în adolescență, deși unii indivizi cu pedofilie relatează că ei nu au fost excitați de copii decât până la o etate medie. Frecvența comportamentului pedofilic fluctuează cu stresul psihosocial. Evoluția este de regulă cronică, în special la cei atrași de bărbați. Rata recidivismului pentru indivizii cu pedofilie implicând preferința pentru băieți este de aproximativ două ori mai mare decât rata celor care preferă fetele.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.2 Pedofilie

A. În cursul unei perioade de cel puțin 6 luni, fantezii excitante sexual, intense, recurente, pulsiuni sexuale sau comportamente implicând activitatea sexuală cu un copil sau cu copii prepubertari (în general în etate de 13 ani sau mai mici).

B. Persoana a acționat conform acestor pulsiuni sexuale, sau pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată.

C. Persoana este în etate de cel puțin 16 ani și cu cel puțin 5 ani mai mare decât copilul sau copii de la criteriul A.

**Notă:** A nu se include un individ în ultima parte a adolescenței implicat într-o relație sexuală care continuă cu un altul (alta) în etate de 12–13 ani.

*De specificat* dacă:
**Atras sexual de bărbați**
**Atras sexual de femei**
**Atras sexual de ambele sexe**

*De specificat* dacă:
**Limitată la incest**

*De specificat* tipul:
**Tip exclusiv** (atras numai de copii)
**Tip nonexclusiv**

## 302.83 Masochismul Sexual

Focalizarea parafilică a masochismului sexual implică actul (real, nu simulat) de a fi umilit, bătut, legat sau făcut să sufere în alt mod. Unii indivizi suferă din cauza fanteziilor lor masochiste care pot fi invocate în cursul actului sexual sau al masturbării, dar nu realizate în alt mod. În astfel de cazuri, fanteziile masochiste implică de regulă faptul de a fi violat în timp ce este ținut sau legat de alții, astfel că nu există nici o posibilitate de scăpare. Alții trec ei înșiși la realizarea pulsiunilor lor sexuale masochiste (de ex., se înțeapă cu ace, își aplică șocuri electrice sau se automutilează) ori împreună cu un partener. Actele masochiste care pot fi observate cu un partener includ contenția (servitute corporală), legatul la ochi (servitute senzorială), bătutul cu maiul (paddling), bătutul cu palma peste fese (spanking), biciuitul, bătutul (beating), șocurile electrice, tăiatul, „înțepatul și străpunsul" (infibulația) și umilirea (de ex., a se urina sau defeca pe el, a fi forțat să se târască și să latre ca un câine ori să fie expus unor maltratări verbale). Poate fi observată travestirea forțată pentru asociațiile sale umilitoare. Individul poate avea dorința de a fi tratat ca un copil neajutorat și înfășat în scutece („infantilism"). O formă extrem de periculoasă de masochism sexual, numită „hipoxifilie", implică excitația sexuală prin deprivarea de oxigen, obținută cu ajutorul unei compresiuni toracice, laț, ligaturi, pungi de plastic, măști, ori chimic (adesea un nitrit volatil care produce o reducere temporară a oxigenării creierului prin vasodilatație periferică). Activitățile prin deprivarea de oxigen pot fi angajate de unul singur sau cu un partener. Din

cauza funcționării defectuoase a echipamentului, pot apare uneori erori în plasarea lațului sau ligaturii ori alte erori sau morți accidentale. Date din Statele Unite, Anglia, Australia și Canada indică faptul că în fiecare an sunt detectate și raportate unul sau două decese cauzate de hipoxifilie la un milion de indivizi. Unii bărbați cu masochism sexual pot avea și fetișism, fetișism transvestic sau sadism sexual. Este posibil ca fanteziile masochiste să fie prezente din copilărie. Etatea la care încep activitățile masochiste cu un partener este variabilă, însă se situează frecvent la începutul perioadei adulte. Masochismul sexual este de regulă cronic, persoana tinzând să repete același act masochist. Unii indivizi cu masochism sexual se pot angaja în acte masochiste, fără a crește vulnerabilitatea eventuală a actelor lor. Alții, însă, cresc severitatea actelor masochiste cu timpul sau în cursul perioadelor de stres, ceea ce poate duce eventual la vătămări grave sau chiar la moarte.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.83 Masochismul Sexual

A. În cursul unei perioade de cel puțin 6 luni, fantezii excitante sexual, intense, recurente, pulsiuni sexuale sau comportamente implicând actul (real, nu simulat) de a fi umilit, bătut, legat sau făcut să sufere în alt mod.

B. Fanteziile, pulsiunile sexuale sau comportamentale cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte arii importante de funcționare.

## 302.84 Sadismul sexual

Focalizarea parafilică a sadismului sexual implică acte (reale, nu simulate) prin care individul obține excitație sexuală din suferința psihologică sau fizică (inclusiv umilirea) victimei. Unii indivizi cu această parafilie sunt deranjați de fanteziile lor sadice, care pot fi invocate în cursul activității lor sexuale, dar nu acționează în nici un mod conform lor; în astfel de cazuri fanteziile sadice implică faptul de a avea un control complet asupra victimei, care este terifiată de anticiparea actului sadic iminent. Alții acționează conform pulsiunilor sexuale sadice cu un partener care consimte (care poate avea masochism sexual), care dorește să sufere durere sau umilire. În fine, alții cu sadism sexual, acționează conform pulsiunilor lor sexuale cu victime care nu consimt. În toate aceste cazuri, suferința victimei este cea care este excitantă sexual. Fanteziile sau actele sadice pot implica activități care comportă dominarea persoanei respective asupra victimei (de ex., forțarea victimei să se târască ori ținerea victimei într-o cușcă). Ele pot implica, de asemenea, contenția, legarea la ochi, bătutul cu maiul, bătutul cu palma peste fese, biciuitul, înțepatul, bătutul, arsul, șocurile electrice, violul, tăiatul, străpunsul, strangularea, tortura, mutilarea sau uciderea. Este posibil ca fanteziile sexuale sadice să fie prezente din copilărie. Etatea la debutul activităților sadice este variabilă, dar de regulă acestea survin la începutul perioadei adulte. Sadismul sexual este de regulă cronic. Când sadismul sexual este practicat cu parteneri care nu consimt, este posibil ca activitatea să fie repetată până când persoana cu sadism sexual este prinsă. Unii indivizi cu sadism sexual se pot angaja în acte sadice pentru mulți ani, fără necesitatea de a crește potențialul de producere a unei vătămări corporale

grave. De regulă, însă, severitatea actelor sadice crește cu timpul. Când sadismul sexual este sever, și în special când acesta este asociat cu tulburarea de personalitate antisocială, indivizii cu sadism sexual își pot vătăma grav sau ucide victimele.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.84 Sadismul Sexual

A. În cursul unei perioade de cel puțin 6 luni, fantezii excitante sexual, intense, recurente, pulsiuni sexuale sau comportamente implicând acte (reale, nu simulate) în care suferința psihică sau fizică a victimei (inclusiv umilirea) este excitantă sexual pentru persoană.

B. Persoana a acționat conform acestor pulsiuni sexuale cu o persoană care nu consimte, sau pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcată.

## 302.3 Fetișismul Transvestic

Focalizarea parafilică a fetișismului transvestic implică travestirea de către un bărbat în îmbrăcăminte de femeie. În multe sau în cele mai multe cazuri, excitația sexuală este produsă de gândul sau de imaginea acompaniantă a persoanei ca femeie (denumită "autoginefilie"). Aceste imagini pot merge de la a fi o femeie cu organe genitale feminine până la a se vedea pe sine îmbrăcat complet ca femeie, fără o atenție reală pentru organele genitale. Articolele de îmbrăcăminte feminine sunt excitante în special ca simboluri ale feminității individului și nu ca fetișuri cu proprietăți obiective specifice (de ex., obiectele făcute din cauciuc). De regulă, bărbatul cu fetișism transvestic ține o colecție de îmbrăcăminte feminină pe care o utilizează intermitent pentru travestire. Această tulburare a fost descrisă numai la bărbații heterosexuali. Fetișismul transvestic nu este diagnosticat când travestirea survine exclusiv în cursul tulburării de identitate sexuală. Fenomenele transvestice merg de la îmbrăcarea solitară, ocazională, de îmbrăcăminte feminină până la implicarea într-o subcultură transvestică. Unii bărbați poartă un singur articol de îmbrăcăminte feminină (de ex., chiloți sau galanterie de damă) sub îmbrăcămintea lor masculină. Alți bărbați cu fetișism transvestic se îmbracă complet ca femei și se machiază. Gradul la care individul travestit pare a fi cu adevărat femeie, variază în funcție de manierisme, habitus corporal și aptitudinea de a se travesti. Când nu este travestit, bărbatul cu fetiţism transvestic nu este de regulă cu nimic ieșit din comun, masculin. Deși preferința sa fundamentală este heterosexuală, el tinde a avea puține partenere sexuale și se poate angaja în acte homosexuale ocazionale. Un element asociat poate fi prezența masochismului sexual. Tulburarea începe de regulă cu travestire în copilărie sau de timpuriu în adolescență. În multe cazuri, travestirea nu este făcută în public până în perioada adultă. Experiența inițială poate implica travestirea parțială sau totală; travestirea parțială poate progresa adesea în una totală. Un articol de îmbrăcăminte favorit poate deveni erotic în sine și poate fi utilizat în mod uzual, mai întâi în masturbare și mai târziu în actul sexual. La unii indivizi, motivația pentru travestire se poate schimba în decursul timpului, temporar sau permanent, pe măsură ce excitația sexuală, ca răspuns la travestire, diminuă sau dispare. În astfel de

cazuri, travestirea devine un antidot pentru anxietate sau depresie sau contribuie la un sentiment de pace și de calm. La alți indivizi, disforia sexuală poate apare în special în situații de stres, cu sau fără simptome de depresie. Pentru un mic număr de indivizi, disforia sexuala devine o parte stabilă a tabloului clinic și este însoțită de dorința de a se îmbrăca și de a trăi permanent ca femeie și caută reatribuire sexuală hormonală sau chirurgicală. Indivizii cu fetișism transvestic solicită adesea tratament când apare disforia sexuala. Subtipul „cu disforie sexuala" este prevăzut pentru a permite clinicianului să noteze disforia sexuala ca parte a fetișismului transvestic.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.3 Fetișismul Transvestic

A. În decursul unei perioade de cel puțin 6 luni, la un bărbat heterosexual, fantezii excitante sexual, intense, recurente, pulsiuni sexuale sau comportamente implicând travestirea.

B. Fanteziile, pulsiunile sexuale sau comportamentele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

*De specificat* dacă:

**Cu disforie sexuală:** dacă persoana are un discomfort persistent în legătură cu identitatea sau rolul sexului.

## 302.82 Voyeurismul

Focalizarea parafilică a voyeurismului implică actul privirii unor indivizi care nu-și dau seama că sunt priviți, de regulă străini, care sunt nuzi, în procesul dezbrăcării ori angajați în activitate sexuală. Actul privitului („peeping") este efectuat în scopul obținerii excitației sexuale și, în general, nu este avută în vedere activitatea sexuală cu persoanele observate. Orgasmul, produs de regulă prin masturbare, poate surveni în cursul activității voyeuristice ori, mai târziu, ca răspuns la amintirea a ceea ce individul a fost martor. Adesea, acești indivizi au fantezia de a avea o experiență sexuală cu persoana observată, însă în realitate aceasta survine rar. În forma sa severă, scoptofilia („peepingul") constituie forma exclusivă de activitate sexuală. Debutul comportamentului voyeuristic are loc de regulă înainte de etatea de 15 ani. Evoluția tinde a fi cronică.

### Criteriile de diagnostic pentru 302.82 Voyeurism

A. În cursul unei perioade de cel puțin 6 luni, fantezii excitante sexual, intense, recurente,pulsiuni sexuale sau comportamente implicând actul observării unei persoane care nu suspectează nimic și care este nudă, în curs de dezbrăcare sau în activitate sexuală .

B. Persoana a acționat conform acestor pulsiuni sexuale, sau pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează detresă sau dificultate interpersonală marcată .

## 302.9 Parafilie Fără Altă Specificație

Această categorie este inclusă pentru a codifica parafiliile care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre categoriile specifice. Exemplele includ, dar nu sunt limitate la acestea, scatologia telefonică (apeluri telefonice obscene), necrofilia (cadavre), parțialismul (focalizarea exclusivă pe o parte a corpului), zoofilia (animale), coprofilia (fecale), clismafilia (clismă), urofilia (urină).

# Tulburările de Identitate Sexuală

## Tulburarea de Identitate Sexuală

### Elemente de diagnostic

Există două componente ale tulburării de identitate sexuală, ambele trebuind să fie prezente pentru a pune diagnosticul. Trebuie să existe proba unei identificări puternice și persistente cu sexul opus, care este dorința de a fi ori insistența subiectului că este de celălalt sex (criteriul A). Această identificare cu sexul opus trebuie să nu fie doar o dorință de vreunul din avantajele culturale percepute din faptul de a fi sexul opus. Trebuie, de asemenea, să existe proba unui disconfort persistent în legătură cu propriul sex atribuit ori un sentiment de inadecvare în rolul genului acelui sex (criteriul B). Diagnosticul nu este pus dacă individul are o condiție intersexuală somatică concomitentă (de ex., sindrom de insensibilitate androgenă parțială sau hiperplazie suprarenală congenitală) (criteriul C). Pentru a pune diagnosticul, trebuie să existe proba unei detrese sau deteriorări semnificative clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante (criteriul D).

La băieți, identificarea cu sexul opus se manifestă printr-o preocupare marcata pentru activități tradițional feminine. Ei pot avea preferința pentru îmbrăcarea cu articole de vestimentație feminină, sau își pot improviza astfel de articole din materiale disponibile când articolele originale nu sunt accesibile. Prosoape, șorturi, fulare sunt utilizate adesea pentru a reprezenta părul lung sau fustele. Există o atracție puternică pentru jocurile și distracțiile fetelor. Lor le place în special să se joace „de-a casa", să deseneze tablouri de fete și prințese frumoase și să privească la televizor sau la video personajele lor feminine favorite. Păpușile de serie de tip feminin, ca Barbie, sunt adesea jucăriile lor favorite, iar fetele, partenerii lor de joc preferați. Când se joacă „de-a casa", acești băieți joacă rolul personajelor feminine, cel mai frecvent „roluri de mamă" și adesea sunt foarte preocupați de personaje feminine imaginare. Ei evită jocurile cu învălmășeală și sporturile competitive și sunt puțin interesați de autoturisme și de camioane sau de alte jucării nonagresive, dar tipic băiețești. Își pot exprima dorința de a fi fată și afirmă că atunci când vor crește mari, vor fi femeie. Pot insista să se așeze spre a urina și pretind că nu au penis, prin presarea acestuia între picioare. Mai rar, băieții cu tulburare de identitate sexuală pot afirma că ei își găsesc penisul sau testicolele dezgustătoare, că ei doresc să le înlăture ori că ei au, sau că doresc să aibă vagin.

Fetele cu tulburarea de identitate sexuală prezintă reacții negative intense la dorințele sau încercările părinților de a le face să poarte rochițe sau alte articole de

îmbrăcăminte feminină. Unele pot refuza să meargă la școală sau să participe la evenimentele sociale, unde poate fi cerută o astfel de vestimentație. Ele preferă îmbrăcămintea băiețească și părul scurt, și adesea sunt identificate în mod eronat de către străini ca băieți, și pot cere să fie chemate cu nume de băiat. Eroii fanteziilor lor sunt cel mai adesea personaje masculine puternice precum Batman sau Superman. Aceste fete preferă băieții ca parteneri de joc, cu care au preocupări comune referitoare la sport, jocurile cu învălmășeală și jocurile tradițional băiețești. Manifestă puțin interes pentru păpuși, pentru orice formă de îmbrăcăminte feminină ori activitate de joc în care să dețină rolul de femeie. O fată cu această tulburare poate, ocazional, refuza să urineze în poziție așezată. Ea poate susține că are, sau că-i va crește penis și poate susține că nu dorește să-i crească sânii sau să aibă menstre. Poate susține că, atunci când va crește, va fi bărbat. Tipic, astfel de fete prezintă o identificare marcată cu sexul opus în rolurile din jocuri, în vise și fantezii.

Adulții cu tulburare de identitate sexuală sunt preocupați de dorința lor de a trăi ca membru al celuilalt sex. Această preocupare se poate manifesta ca o dorință intensă de a adopta rolul social al celuilalt sex sau de a căpăta aspectul fizic al celuilalt sex prin manipulare hormonală sau chirurgicală. Adulții cu această tulburare nu se simt bine când sunt considerați sau funcționează în societate ca membri ai sexului atribuit lor. În grade variabile, ei adoptă comportamentul, îmbrăcămintea și manierele celuilalt sex. În particular, acești indivizi pot pierde mult timp cu travestirea și cu aranjarea ținutei, pentru a pare de celălalt sex. Mulți încearcă să treacă și în public ca fiind de celălalt sex. Prin travestire și tratament hormonal (iar pentru bărbați, electrolizisul), mulți indivizi cu această tulburare pot trece în mod convingător ca aparținând celuilalt sex. Activitatea sexuală a acestor indivizi cu parteneri de același sex este în general marcată de preferința ca partenerii lor să nu le vadă niciodată organele genitale și nici să li le atingă. Pentru unii bărbați, care se manifestă mai târziu în viață (adesea după căsătorie), activitatea sexuală cu o femeie este acompaniată de fantezia de a fi amante lesbiene sau că partenera sa este bărbat, iar el este femeie.

La adolescenți, elementele clinice pot aminti, fie pe cele ale copiilor, fie pe cele ale adulților, în funcție de nivelul de dezvoltare al individului, iar criteriile trebuie să fie aplicate corespunzător. La un adolescent mai tânăr, poate fi mai dificil să se ajungă la un diagnostic corect din cauza prudenței subiectului. Aceasta poate fi crescută, dacă adolescentul se simte ambivalent în legătură cu identificarea cu sexul opus sau simte că aceasta este inacceptabilă pentru familie. Adolescentul poate fi adus la medic pentru că părinții sau profesorii sunt preocupați de izolarea socială sau de tachinarea și rejecția egalilor. În astfel de cazuri, diagnosticul trebuie să fie rezervat pentru acei adolescenți care par a fi perfect identificați cu sexul opus în vestimentația lor și care se angajează în comportamente care sugerează o identificare semnificativă cu sexul opus (de ex., rasul pe picioare la bărbați). Clarificarea diagnosticului la copii și la adolescenți poate necesita monitorizare o lungă perioadă de timp.

Detresa sau incapacitatea la indivizii cu tulburare de identitate sexuală se manifestă diferențiat de-a lungul ciclului vieții. La copii mai mici, detresa se manifestă printr-o nefericire fățișă în legătură cu sexul atribuit lor. Preocuparea pentru dorințele sexului opus interferează adesea cu activitățile comune. La copiii mai mari, incapacitatea de a dezvolta relații și deprinderi corespunzătoare etății cu egalii de același sex duc adesea la izolare și detresă, iar unii copii pot refuza să urmeze școala din cauza ironiilor sau constrângerii de a purta o îmbrăcăminte corespunzătoare sexului atribuit lor. La adolescenți și adulți, preocuparea pentru dorințele sexului opus

interferează adesea cu activitățile uzuale. Dificultățile relaționale sunt frecvente, iar funcționarea la școală sau la serviciu poate fi deteriorată.

## Specificanți

Pentru indivizii maturi sexual, pot fi menționați următorii specificanți pe baza orientării sexuale a individului: **atras sexual de bărbați, atras sexual de femei, atras sexual de ambele sexe, neatras de nici un sex**. Bărbații cu tulburare de identitate sexuală cuprind proporții substanțiale din toți cei patru specificanți. Cei care sunt atrași de bărbați experientează de regulă tulburarea începând din copilărie sau precoce în adolescență, pe când bărbații care sunt atrași de femei, de ambele sexe sau de nici unul, își raportează disforia sexuală ca începând precoce sau la mijlocul perioadei adulte. Indivizii care nu sunt atrași de nici un sex sunt adesea indivizi izolați cu trăsături schizoide. Practic, toate femeile cu tulburarea de identitate sexuală vor primi același specificant — atrasă sexual de femei — deși există cazuri excepționale implicând femei care sunt atrase sexual de bărbați.

## Procedee de înregistrare

Codul diagnostic atribuit depinde de etatea actuală a individului: dacă tulburarea survine în copilărie, este utilizat codul 302.6; pentru un adolescent sau un adult este utilizat codul 302.85.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Mulți indivizi cu tulburarea de identitate sexuală devin izolați social. Izolarea și ostracismul contribuie la stima de sine scăzută și pot duce la aversiune față de școală sau la abandonarea școlii. Ostracismul și ironia egalilor sunt consecințe extrem de comune pentru băieții cu această tulburare. Băieții cu tulburare de identitate sexuală prezintă adesea maniere și patternuri de vorbire feminine.

Perturbarea poate fi atât de pervasivă, că viața mentală a unor indivizi se învârte numai în jurul acelor activități care ușurează detresa sexuală. Ei sunt preocupați adesea de aspect, în special la începutul tranziției spre trăirea în rolul sexului opus. Relațiile cu unul sau cu ambii părinți pot fi, de asemenea, serios deteriorate. Unii bărbați cu tulburare de identitate sexuală recurg la autotratament cu hormoni și, mai rar, își practică autocastrare sau penectomie. În mediul urban în special, unii bărbați cu tulburarea se pot angaja în prostituție, ceea ce îi plasează pe treapta unui risc crescut pentru infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV). Tentativele de suicid și tulburările în legătură cu o substanță sunt asociate frecvent.

Copiii cu tulburare de identitate sexuală pot manifesta, ca fiind coexistente, anxietate de separare, anxietate generalizată și simptome depresive. Adolescenții sunt extrem de expuși riscului de depresie, ideație suicidară și tentative de suicid. La adulți, pot fi prezente simptome anxioase și depresive. În eșantioanele clinice, tulburările de personalitate asociate sunt mai frecvente printre bărbați decât printre femei. Bărbații adulți care sunt atrași sexual de femei, atât de femei, cât și de bărbați sau nu sunt atrași sexual de nici un sex relatează un istoric de excitație sexuală asociat cu gânduri sau imagini de sine ca femeie (numit *autoginefilie*). În cele mai multe cazuri, individul ar fi desemnat, cel puțin în trecutul său pentru diagnosticul de fetișism transvestic. In alte cazuri, însă, fantezia favorită a individului accentuează atribute feminine, altele decât vestimentația. Unii bărbați, de exemplu,

se masturbează în timp ce se imaginează pe ei înșiși ca femeie nudă și se centrează pe sânii și vulva imaginată; alții se masturbează în timp ce se imaginează pe ei înșiși ca angajați în unele activități tipic feminine, cum ar fi tricotatul.

**Date de laborator asociate.** Nu există nici un test diagnostic specific pentru tulburarea de identitate sexuală. În prezența unei examinări somatice normale, cariotiparea pentru cromozomii sexuali sau dozarea hormonilor sexuali nu sunt de regulă indicate. Testarea psihologică poate revela identificarea sau patternuri de comportament transsexuale.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Indivizii cu tulburare de identitate sexuală au organe genitale normale (în contrast cu organele genitale ambigui sau hipogonadismul observat în condițiile intersexuale somatice). Bărbații adolescenți și adulți cu tulburare de identitate sexuală pot prezenta o mărire a sânilor rezultând din ingestia de hormoni, depilare prin epilare temporară sau permanentă, și alte modificări somatice ca rezultat al unor proceduri, ca rinoplastia și raderea cartilagiului tiroid (reducerea chirurgicală a mărului lui Adam). Sâni deformați sau iritații la nivelul sânilor pot fi văzute la femeile care poartă benzi la nivelul sânilor. Complicațiile postchirurgicale la femeile genetice includ cicatrici notabile ale peretelui anterior al toracelui, iar la bărbații genetici, stricturi vaginale, fistule rectovaginale, stenoze uretrale și jet urinar rău orientat. Femeile adulte cu tulburarea de identitate sexuală pot avea, cu o probabilitate mai mare decât cea așteptată, ovare polichistice.

## Elemente specifice etății și sexului

Femeile cu tulburări de identitate sexuală experientează în general mai puțin ostracism din cauza interesului pentru sexul opus și pot suferi mai puțin din cauza rejecției egalilor, cel puțin până la adolescență. În eșantioanele clinice de copii, băieții cu această tulburare sunt trimiși pentru evaluare mult mai frecvent decât fetele. În eșantioanele clinice de adulți, bărbații sunt de două, trei ori mai numeroși decât femeile. La copii, prejudecata trimiterii la medic a băieților, poate reflecta, parțial, stigmatul mai mare pe care-l poartă comportamentul caracteristic sexului opus pentru băieți decât pentru fete.

## Prevalență

Nu există studii epidemiologice recente care să ofere date despre prevalența tulburării de identitate sexuală. Date din țările europene mai mici cu acces la statistica totală a populației și trimitere la medic, sugerează că aproximativ 1 din 30.000 bărbați adulți și 1 din 100.000 femei adulte solicită intervenție chirurgicală pentru schimbarea sexului.

## Evoluție

La copiii trimiși pentru consult clinic, debutul preocupărilor și activităților caracteristice sexului opus are loc de regulă între etatea de 2 și 4 ani, iar unii părinți relatează că copilul lor a avut din totdeauna preocupări caracteristice sexului opus. Numai un foarte mic număr de copii cu tulburarea de identitate sexuală vor continua să prezinte simptome care satisfac criteriile pentru tulburarea de identitate sexuală, târziu în adolescență sau în perioada adultă. De regulă, copiii sunt prezentați la medic în jurul perioadei de mers la școală, din cauza preocupării

părinților pentru faptul că, ceea ce ei considerau drept „fază", nu pare a fi trecut. Cei mai mulți copii cu tulburare de identitate sexuală manifestă, cu timpul, din cauza intervenției părinților ori a răspunsului din partea egalilor, comportamente caracteristice sexului opus mai puțin evidente. Târziu, în adolescență sau în perioada adultă, aproape trei sferturi dintre băieții care au avut un istoric de tulburare de identitate sexuală în copilărie relatează o orientare homosexuală sau bisexuală, dar fără tulburare de identitate sexuală concomitentă. Cei mai mulți dintre cei rămași relatează o orientare heterosexuală, de asemenea, fără tulburare de identitate sexuală concomitentă. Procentajele corespunzătoare de orientare sexuală la fete nu sunt cunoscute. Unii adolescenți pot prezenta o identificare mai clară cu sexul opus și solicită intervenție chirurgicală pentru schimbarea sexului sau continuă să trăiască în evoluția cronică a confuziei sau disforiei sexuale.

La bărbații adulți, există două moduri de evoluție diferite pentru dezvoltarea tulburării de identitate sexuală. Primul este o continuare a tulburării de identitate sexuală care a debutat în copilărie sau precoce, în adolescență. Acești indivizi prezintă de regulă tulburarea în ultima parte a adolescenței sau în perioada adultă. În celălalt curs, semne mai clare de identificare cu sexul opus apar mai târziu și mai gradual, cu o prezentare clinică la începutul jumătății perioadei adulte, urmând de regulă, dar uneori fiind concomitente cu fetișismul transvestic. Grupul cu debut mai tardiv poate fi mai fluctuant în gradul de identificare cu sexul opus, mai ambivalent în legătură cu intervențiile chirurgicale de schimbare a sexului, și este foarte probabil ca bărbații să fie atrași de femei și foarte puțin probabil să fie satisfăcuți după intervențiile chirurgicale de schimbare a sexului. Bărbații cu tulburare de identitate sexuală care sunt atrași sexual de bărbați tind să se prezinte în adolescență sau precoce în perioada adultă cu un istoric de disforie sexuală existentă dintotdeauna. Din contră, cei care sunt atrași sexual de femei, ori atât de bărbați, cât și de femei sau nu sunt atrași de nici un sex, tind să se manifeste mai târziu, și au de regulă un istoric de fetișism transvestic. De regulă, după reatribuirea sexului, acei bărbați care erau atrași de femei, doresc să trăiască cu altă femeie, fie într-o relație lesbiană sau ca surori. Dacă tulburarea de identitate sexuală este prezentă în perioada adultă, ea tinde să aibă o evoluție cronică, dar au fost raportate și remisiuni spontane.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de identitate sexuală poate fi distinsă de **simpla nonconformare la comportamentul stereotip al rolului sexului** prin întinderea și pervasivitatea dorințelor, intereselor și activităților caracteristice sexului opus. Această tulburare nu se referă la descrierea nonconformismului copilului la comportamentul stereotip al rolului sexului, ca de exemplu, în comportamentul „băiețesc" la fete sau „efeminat" la băieți. Ea reprezintă mai curând o perturbare profundă a sentimentului de identitate al individului cu privire la masculinitate sau feminitate. Comportamentului copiilor, care nu corespunde modelului cultural de masculinitate sau feminitate, nu trebuie să i se pună diagnosticul, decât dacă este prezent sindromul complet, inclusiv detresa sau deterioarea marcată .

**Fetișismul transvestic** survine la bărbații heterosexuali (sau bisexuali) pentru care comportamentul de travestire are drept scop excitația sexuală. Exceptând travestirea, cei mai mulți indivizi cu fetișism transvestic nu au un istoric din copilărie de comportamente aparținând sexului opus. Bărbaților, cu un tablou clinic care satisface integral criteriile pentru tulburarea de identitate sexuală ca și pentru fetișismul transvestic, trebuie să li se pună ambele diagnostice. Dacă disforia

sexuală este prezentă la un individ cu fetișism transvestic, dar criteriile complete pentru tulburarea de identitate sexuală nu sunt satisfăcute, poate fi utilizat specificantul cu disforie sexuală .

Categoria de **tulburare de identitate sexuală fără altă specificație** poate fi utilizată pentru indivizii care au o problemă de identitate sexuală cu o **condiție intersexuală congenitală concomitentă** (de ex., sindromul de insensibilitate androgenă parțială sau hiperplazia suprarenală congenitală).

În **schizofrenie**, mai rar, pot exista idei delirante de apartenență la celălalt sex. Pretenția unei persoane cu tulburare de identitate sexuală, că ea aparține sexului opus nu este considerată idee delirantă, deoarece ceea ce este spus în mod constant este faptul că aceasta se simte mai curând ca un membru al celuilalt sex decât se crede ca fiind cu adevărat un membru al sexului opus. În foarte rare cazuri însă, schizofrenia și tulburarea de identitate sexuală severă pot coexista.

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea de Identitate Sexuală

A. O puternică și persistentă identificare cu sexul opus (nu doar dorirea unora dintre avantajele percepute cultural ale faptului de a fi de celălalt sex).
La copii perturbarea se manifestă prin patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) dorința declarată în mod repetat de a fi ori pretenția că (el sau ea) este de celălalt sex;
(2) la băieți, preferința pentru travestire sau îmbrăcăminte care simulează pe cea feminină; la fete, preferința de a se îmbrăca numai cu vestimente tipic masculine;
(3) preferințe persistente și puternice pentru roluri de sex opus în jocuri din imaginație sau fantezii persistente de a fi de celălalt sex;
(4) dorința intensă de a participa la jocuri sau distracții tipice celuilalt sex;
(5) preferința puternică pentru companioni de joacă de celălalt sex.

La adolescenți și adulți perturbarea se manifestă prin simptome cum ar fi dorința declarată de a fi de celălalt sex, trecerea frecventă ca fiind de celălalt sex, dorința de a trăi sau de a fi tratat ca fiind de celălalt sex ori convingerea că (el sau ea) are reacții și sentimente tipice celuilalt sex.

B. Disconfort persistent în legătură cu sexul său ori sentimentul de inadecvare în rolul genului acelui sex.
La copii, perturbarea se manifestă prin oricare dintre următoarele: la băieți, afirmația că penisul sau testiculele lor sunt dezgustătoare sau că vor dispare ori afirmația că ar fi mai bine dacă nu ar avea penis sau aversiune față de jocurile cu învălmășeală și rejectarea jucăriilor, jocurilor și activităților tipic masculine; la fete, refuzul de a urina în poziție șezândă, afirmația că au sau că le va crește penis, sau afirmația că nu doresc să le crească sânii sau să aibă menstruații sau aversiune marcată față de îmbrăcămintea feminină normativă
La adolescenți și la adulți perturbarea se manifestă prin simptome cum ar fi preocuparea pentru debarasarea de caracteristicile sexuale primare și secundare (de ex., solicitarea de hormoni, intervenție chirurgicală sau alte procedee pentru a modifica somatic caracteristicile sexuale spre a simula celălalt sex) ori credința că el sau ea a fost născut(ă) cu un sex eronat.

### Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea de Identitate Sexuală *(continuare)*

C. Perturbarea nu este concomitentă cu o condiție intersexuală somatică.

D. Perturbarea cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

*Se codifică* pe baza etății actuale:
**302.6 Tulburare de identitate sexuală la copii**
**302.85 Tulburare de identitate sexuală la adolescenți sau la adulți**

*De specificat* dacă: (pentru indivizii maturi sexual):
**Atras sexual de bărbați**
**Atras sexual de femei**
**Atras sexual atât de femei, cât și de bărbați**
**Neatras sexual, nici de femei și nici de bărbați**

## 302.6 Tulburarea de Identitate Sexuală Fără Altă Specificație

Această categorie este inclusă pentru codificarea tulburărilor de identitate sexuală care nu sunt clasificabile ca tulburare de identitate sexuală specifică. Exemplele includ:

1. condițiile intersexuale (de ex., sindromul de insensibilitate androgenă parțială sau hiperplazia suprarenală congenitală) și disforia sexuală care le acompaniază,
2. comportamentul tranzitor de travestire în legătură cu stresul,
3. preocuparea permanentă în legătură cu castrarea sau penectomia, fără dorința de a căpăta caracteristicile sexuale ale celuilalt sex.

## 302.9 Tulburarea Sexuală Fără Altă Specificație

Această categorie este inclusă pentru codificarea unei perturbări sexuale care nu satisface criteriile pentru nici una dintre tulburările sexuale specifice și nu este, nici disfuncție sexuală, nici parafilie. Exemplele includ:

1. Sentimente marcate de inadecvare referitoare la funcționarea sexuală sau alte trăsături în legătură cu standardele autoimpuse de masculinitate sau feminitate.
2. Detresă în legătură cu un pattern de relații sexuale repetate implicând o succesiune de amante[i], care sunt experientați de individ(ă) numai ca lucruri de utilizat.
3. Detresă persistentă și marcată în legătură cu orientarea sexuală.

# Tulburările de Comportament Alimentar

Tulburările de comportament alimentar se caracterizează prin perturbări severe de comportament alimentar. Această secțiune include două diagnostice specifice, anorexia nervoasă și bulimia nervoasă. **Anorexia nervoasă** se caracterizează prin refuzul de a menține o greutate corporală normală minimă. **Bulimia nervoasă** se caracterizează prin episoade repetate de mâncat compulsiv urmate de comportamente compensatorii inadecvate, cum ar fi vărsăturile autoprovocate, abuzul de laxative, de diuretice sau de alte medicamente, posturi sau exerciții fizice excesive. O perturbare în perceprea conformației și greutății corpului este elementul esențial, atât al anorexiei nervoase, cât și al bulimiei nervoase. De asemenea, este prevăzută o categorie, tulburarea de comportament alimentar fără altă specificație, pentru codificarea tulburărilor care nu satisfac criteriile pentru o tulburare de comportament alimentar specifică.

Obezitatea simplă este inclusă în *Clasificarea Internațională a Maladiilor* (CIM) drept condiție medicală generală,dar ea nu apare în DSM–IV, deoarece nu s-a stabilit că aceasta este asociată în mod constant cu un sindrom psihologic sau comportamental. Cu toate acestea însă, când există proba că factorii psihologici sunt importanți în etiologia sau evoluția unui anumit caz de obezitate, aceasta poate fi indicat prin notarea prezenței factorilor psihologici care afectează condiția medicală (pag. 731).

Tulburările de alimentare și de comportament alimentar care sunt diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar sau a micii copilării (de ex., pica, ruminația, tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării) sunt incluse în secțiunea „Tulburările de alimentare și de comportament alimentar ale perioadei de sugar sau micii copilării" (pag. 103).

## 307.1 Anorexia Nervoasă

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale anorexiei nervoase sunt acelea că individul refuză să mențină un minimum de greutate corporală normală, este extrem de speriat de luatul în greutate și prezintă o deteriorare importantă în perceperea conformației sau dimensiunii corpului său. În afară de aceasta, femeile postmenarhice cu această tulburare sunt amenoreice. (Termenul de anorexie este impropriu, deoarece pierderea apetitului este rară).

Individul își menține o greutate corporală care este sub nivelul minim normal pentru etatea și înălțimea sa (criteriul A). Când anorexia nervoasă apare la un individ în cursul copilăriei sau la începutul adolescenței, poate exista o incapacitate de a lua în greutate plusul sperat (adică, în timp ce crește în înălțime), în loc să piardă în greutate.

Criteriul A oferă un reper pentru a preciza când individul atinge pragul pentru a fi subponderal. Se sugerează ca limită, greutatea individului de mai puțin de 85% din greutatea considerată normală pentru etatea și înălțimea persoanei respective (calculată folosind de regulă una din diversele versiuni ale tabelelor lui Metropolitan Life Insurance sau diagramele ponderale pediatrice). O alternativă, și întrucâtva un reper mai strict (utilizat în criteriile de diagnostic pentru cercetare ale ICD–10) cere ca individul să aibă un indice de masă corporală (IMC) egal cu, sau sub 17,5 kg/m² (indicele de masă corporală se calculează împărțind greutatea în kilograme la înălțime în metri pătrați). Aceste limite sunt prevăzute numai ca repere orientative pentru clinician, deoarece nu este rezonabil să se specifice un singur standard pentru greutatea normală minimă care să se aplice tuturor indivizilor de o anumită etate și înălțime. În stabilirea unei greutăți normale minime, clinicianul trebuie să ia în considerație nu numai astfel de repere, ci și istoricul conformației corpului și greutății individului.

De regulă pierderea în greutate se realizează în primul rând prin reducerea cantității de alimente ingerate. Chiar dacă indivizii încep prin excluderea din dieta lor a ceea ce ei percep a fi alimente cu valoare calorică mare, ei termină foarte probabil cu o dietă extrem de restrictivă, limitată uneori numai la câteva alimente. Metodele suplimentare de pierdere în greutate includ purgația (adică, vărsăturile autoprovocate sau abuzul de laxative sau de diuretice) și exercițiile intense sau excesive.

Indivizii cu această tulburare se tem foarte mult să nu ia în greutate sau să devină obezi (criteriul B). Această frică intensă de a nu deveni obez nu este ușurată de regulă de pierderea în greutate. De fapt, preocuparea în legătură cu plusul ponderal crește adesea chiar când greutatea reală continuă să scadă.

Experientarea și semnificația greutății și conformației corporale sunt distorsionate la acești indivizi (criteriul C). Unii indivizi se simt în întregime supraponderali. Alții realizează că ei sunt slabi, dar sunt încă preocupați de faptul că anumite părți ale corpului lor, în special abdomenul, fesele și coapsele sunt „prea grase". Ei pot utiliza o mare varietate de tehnici pentru a-și evalua dimensiunea sau greutatea corpului, incluzând cântărirea excesiva, măsurarea obsesivă a părților corpului și utilizarea persistentă a oglinzii pentru a controla zonele percepute „grase". Stima de sine a indivizilor cu anorexie nervoasă este extrem de dependentă de conformația și greutatea corpului lor. Pierderea în greutate este văzută ca o realizare impresionantă și un semn de autodisciplină, pe când luarea în greutate este percepută ca un eșec inacceptabil al autocontrolului. Deși unii indivizi cu această tulburare pot recunoaște că sunt slabi, ei de regulă neagă implicațiile medicale severe ale stării lor de denutriție.

La femeile postmenarhice, amenoreea (datorată nivelelor anormal de scăzute ale secreției de estrogeni care se datorează în schimb diminuării secreției pituitare a hormonului foliculinostimulant [FSH] și a hormonului luteinizant [LH]) este un indicator al disfuncției fiziologice în anorexia nervoasă (criteriul D). Amenoreea este de regulă o consecință a pierderii în greutate, dar, la un număr redus de femei, poate în realitate s-o preceadă. La femeile prepubertare, menarha poate fi întârziată de maladie.

Individul este adus adesea pentru consult medical de către membrii familiei, după ce a survenit o pierdere în greutate considerabilă (sau incapacitatea de a lua în greutate plusul sperat). Dacă indivizii solicită ei înșiși ajutor, atunci fac aceasta de regulă din cauza detresei subiective în legătură cu sechelele somatice și psihologice ale inaniției. Este rar ca un individ cu anorexie nervoasă să se plângă de pierderea în greutate. Indivizii cu anorexie nervoasă sunt frecvent lipsiți de

conștiința problemei sau o neagă, și pot fi istorici incredibili. De aceea, adesea, este necesar să se obțină informații de la părinți sau din alte surse pentru a evalua gradul de pierdere în greutate și alte elemente ale maladiei.

## Subtipuri

Următoarele subtipuri pot fi utilizate pentru a specifica prezența sau absența mâncatului compulsiv regulat, sau a purgării în timpul episodului curent de anorexie nervoasă:

**Tipul restrictiv.** Acest subtip descrie tablourile clinice în care pierderea în greutate este realizată în primul rând prin dietă, post sau exerciții fizice excesive. În cursul episodului actual, acești indivizi nu s-au angajat în mod regulat în mâncat compulsiv sau în purgare.

**Tipul de mâncat compulsiv/purgare.** Acest subtip este utilizat când individul s-a angajat în mod regulat în mâncat compulsiv sau în purgare (ori în ambele), în cursul episodului curent. Cei mai mulți indivizi cu anorexie nervoasă care mănâncă compulsiv se purghează prin vărsături autoprovocate ori prin abuz de laxative, diuretice sau clisme. Unii indivizi incluși în acest subtip nu mănâncă compulsiv, dar fac în mod regulat purgare după consumul unor cantități mici de alimente. Se pare că cei mai mulți indivizi cu tipul de mâncat compulsiv/purgare se angajează în aceste comportamente cel puțin săptămânal, dar nu sunt disponibile suficiente informații pentru a justifica specificarea unui minimum de frecvență.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Când ajung sever subponderali, indivizii cu anorexie nervoasă prezintă simptome depresive, cum ar fi dispoziția depresivă, izolarea socială, iritabilitatea, insomnia și diminuarea interesului pentru sex. Astfel de indivizi pot avea simptome care satisfac criteriile pentru tulburarea depresivă majoră. Pentru că aceste elemente sunt observate, de asemenea, la indivizi fără anorexie nervoasă care suferă de inaniție (starvation), multe dintre elementele depresive pot fi secundare sechelelor fiziologice ale subnutriției. Simptomele de perturbare afectivă trebuie, de aceea, să fie reevaluate după recuperarea ponderală parțială sau completă.

Elementele obsesivo–compulsive atât în legătură, cât și fără legătură cu alimentarea, sunt adesea proeminente. Cei mai mulți indivizi cu anorexie nervoasă sunt preocupați de idei în legătură cu alimentarea. Unii dintre ei colectează rețete culinare sau fac provizii de alimente. Observațiile comportamentelor asociate cu alte forme de inaniție sugerează că obsesiile și compulsiile în legătură cu alimentarea pot fi cauzate sau exacerbate de subnutriție. Când indivizii cu anorexie nervoasă prezintă obsesii sau compulsii care nu sunt în legătură cu alimentarea, conformația corpului sau greutatea, poate fi justificat un diagnostic adițional de tulburare obsesivo-compulsivă.

Alte elemente asociate uneori cu anorexia nervoasă includ preocupările în legătură cu mâncatul în public, sentimentele de ineficiență, necesitatea intensă de a controla ambianța proprie, gândirea inflexibilă, spontaneitatea socială limitată, perfecționismul, inițiativa și expresia emoțională extrem de restrânse. O parte substanțială de indivizi cu anorexie nervoasă au simptome care satisfac criteriile pentru cel puțin o tulburare de personalitate. În comparație cu

indivizii cu anorexie nervoasă de tip restrictiv, cei cu tipul de mâncat compulsiv/purgare este foarte posibil să aibă alte probleme de control al impulsului, să abuzeze de alcool sau de alte droguri, să manifeste mai multă labilitate afectivă, să fie activi sexual, să aibă o frecvență mai mare a tentativelor de suicid în istoricul lor și să aibă o perturbare de personalitate care satisface criteriile pentru tulburarea de personalitate borderline.

**Date de laborator asociate.** Deși unii indivizi cu anorexie nervoasă nu prezintă anomalii de laborator, subnutriția caracteristică acestei tulburări poate afecta cele mai multe sisteme de organe majore și produce o diversitate de perturbări. Vărsăturile induse și abuzul de laxative, diuretice și clisme pot cauza, de asemenea, un număr de perturbări care duc la date de laborator anormale.

*Hematologie*: leucopenia și anemia ușoară sunt frecvente; trombocitopenia survine rar.

*Chimie:* deshidratarea poate fi reflectată de o creștere a urinei nitrogenice sanguine (UNS). Hipercolesterolemia este frecventă. Testele de explorare a funcțiilor hepatice pot fi crescute. Ocazional se constată hipomagneziemie, hipozincemie, hipofosfatemie și hiperamilazemie. Vărsăturile autoprovocate pot duce la alcaloză metabolică (creșterea bicarbonatului seric), hipocloremie și hipokaliemie, iar abuzul de laxative poate cauza acidoză metabolică. Nivelele tiroxinei serice (T4) se află de regulă la limita inferioară a normalului, iar nivelele de triiodotironină (T3) sunt scăzute. Hiperadrenocorticismul și reactivitatea anormală la o serie de solicitări neuroendocrine sunt frecvente.

La femei, sunt prezente nivele reduse ale estrogenilor serici, pe când bărbații au nivele reduse ale testosteronului seric. Există o regresiune a axului hipotalamo-pituitaro-gonadal la ambele sexe, constând în aceea că patternul de secreție al hormonului luteinizant (LH) pe 24 ore este asemănător celui observat în mod normal la indivizii prepubertari sau pubertari.

*Electrocardiografie*: sunt observate bradicardie sinusală și, mai rar, aritmii.

*Electroencefalografie*: anomalii difuze, reflectând o encefalopatie metabolică, pot rezulta din perturbări semnificative ale fluidelor și electroliților.

*Imagistica cerebrală*: Adesea este observată o creștere a raportului ventricul/creier, secundară inaniției.

*Cheltuiala de energie pentru relaxare*: Aceasta este semnificativ redusă.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Multe din semnele și simptomele anorexiei nervoase sunt atribuite inaniției. Pe lângă amenoree, mai pot exista acuze de constipație, durere abdominală, intoleranță la frig, letargie sau exces de energie. Cea mai evidentă constatare la examenul somatic este emacierea. Mai poate exista, de asemenea, hipotensiune semnificativă, hipotermie și tegumente uscate. Unii indivizi prezintă lanugo, un păr fin ca puful, pe trunchi. Cei mai mulți indivizi cu anorexie nervoasă prezintă bradicardie. La unii apar edeme periferice, în special în timpul restaurării ponderale sau la încetarea abuzului de laxative și diuretice. Mai rar, pot apare peteșii, de regulă la nivelul extremităților, indicând o diateză hemoragică. Unii indivizi prezintă o tentă gălbuie a tegumentelor asociată cu hipercarotenemia. Hipertrofia glandelor salivare, în special a glandelor parotide, poate fi prezentă. Indivizii care-și provoacă vărsături pot avea eroziuni ale smaltului dentar, iar alții pot avea cicatrici sau calozități ale feții dorsale a mâinii prin contactul cu dinții când utilizează mâna pentru a-și provoca vărsături.

Subnutriția anorexiei nervoase și comportamentele de purgare asociate uneori cu ea pot duce la condiții medicale generale asociate importante. Acestea includ apariția unei anemii normocitemice normocromice, deteriorarea funcției renale (asociată cu deshidratare cronică și hipokalemie), probleme cardiovasculare (hipotensiune severă, aritmii), probleme dentare și osteoporoză (rezultând din indigestia și absorbția redusă de calciu, reducerea secreției de estrogen și creșterea secreției de cortizol).

## Elemente specifice culturii și sexului

Anorexia nervoasă pare a fi de departe mai frecventă în țările industrializate, în care există abundență de mâncare și în care, în special pentru femei, a fi considerat atractiv este legat de a fi gracil. Această tulburare este probabil mai frecventă în Statele Unite, Canada, Europa, Australia, Japonia, Noua Zeelandă și Africa de Sud, dar puține lucrări sistematice au examinat prevalența ei în alte culturi. Imigranții din culturile în care tulburarea este rară, care au emigrat în culturile în care tulburarea este mai frecventă, pot dezvolta anorexie nervoasă pe măsură ce idealul de corp gracil este asimilat. Factorii culturali pot, de asemenea, influența manifestările tulburării. De exemplu, în unele culturi, percepția perturbată a corpului sau frica de luat în greutate poate să nu fie proeminentă, iar motivația exprimată a restricției alimentare poate avea un conținut diferit, cum ar fi disconfortul epigastric sau dezgustul de mâncare.

Anorexia nervoasă începe rar înainte de pubertate, dar există indicii că severitatea perturbărilor mentale asociate poate fi mai mare printre indivizii prepubertari care dezvoltă maladia. Cu toate acestea, datele sugerează, de asemenea, că atunci când maladia debutează precoce în adolescență (între 13 și 18 ani), aceasta poate fi asociată cu un prognostic mai bun. Mai mult de 90% din cazurile de anorexie nervoasă survin la femei.

## Prevalență

Prevalența pe viață a anorexiei nervoase printre femei este de aproximativ 0,5%. Indivizii care sunt sub pragul pentru tulburare (adică, cu tulburare de comportament alimentar fără altă specificație) sunt întâlniți mai frecvent. Prevalența anorexiei nervoase la bărbați este de aproximativ 1/10 din cea a femeilor. Incidența anorexiei nervoase pare a fi crescut în ultimele decenii.

## Evoluție

Anorexia nervoasă începe de regulă la jumătatea și spre finele adolescenței (etatea de 14-18 ani). Debutul tulburării poate fi asociat cu un eveniment de viață stresant. Evoluția și deznodământul anorexiei nervoase sunt extrem de variabile. Unii indivizi cu anorexie nervoasă se recuperează complet după un singur episod, alții prezintă un pattern fluctuant de luat în greutate urmat de recădere, iar alții experimentează o evoluție cronică deteriorantă a maladiei, timp de mulți ani. Cu timpul, în special în decursul primilor 5 ani de la debut, o fracțiune semnificativă de indivizi cu tipul restrictiv de anorexie nervoasă prezintă mâncat compulsiv, indicând o trecere la subtipul mâncat compulsiv/purgare. O comutare susținută în tabloul clinic (de ex., luat în greutate plus prezența mâncatului compulsiv și a purgării) pot justifica eventual o schimbare a diagnosticului în bulimie nervoasă.

Poate fi necesară spitalizarea pentru a restabili greutatea și redresa dezechilibrele hidroelectrolitice. La indivizii internați în spitalele universitare, mortalitatea pe termen lung prin anorexie nervoasă este de peste 10%. Moartea survine cel mai frecvent ca rezultat al inaniției, suicidului sau dezechilibrului electrolitic.

## Pattern familial

Există un risc crescut de anorexie nervoasă printre rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu această tulburare. Un risc crescut de tulburări afective a fost constatat, de asemenea, printre rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu anorexie nervoasă, în special la rudele indivizilor cu tipul de mâncat compulsiv/purgare. Studiile asupra anorexiei nervoase pe gemeni au constatat rate de concordanță pentru gemenii monozigoți semnificativ mai crescute decât cele pentru gemenii dizigoți.

## Diagnostic diferențial

În diagnosticul diferențial al anorexiei nervoase trebuie luate în considerație și alte cauze posibile de pierdere semnificativă în greutate, în special când elementele prezentate sunt atipice (cum ar fi debutul maladiei după etatea de 40 de ani). În **condițiile medicale generale** (de ex., maladii gastro-intestinale, tumori cerebrale, tumori maligne oculte și sindromul de imunodeficiență căpătată [SIDA], pot surveni pierderi severe în greutate, dar indivizii cu astfel de tulburări nu au o imagine corporală perturbată și nici dorința de a pierde în greutate în continuare. **Sindromul arterei mezenterice superioare** (caracterizat prin vărsături postprandiale secundare obstrucției intermitente a pilorului) trebuie să fie distins de anorexia nervoasă, deși acest sindrom poate apare uneori la indivizii cu aneroxie nervoasă din cauza emacierii lor. În **tulburarea depresivă majoră**, poate surveni o pierdere severă în greutate, dar cei mai mulți indivizi cu tulburare depresivă majoră nu au dorința de a pierde compulsiv în greutate sau frica compulsivă de a nu lua în greutate. În **schizofrenie**, indivizii pot prezenta un comportament bizar de a mânca și ocazional experientează o pierdere semnificativă în greutate, dar ei prezintă rar frica de a lua în greutate și perturbarea imaginii corporale cerute pentru a pune diagnosticul de anorexie nervoasă.

Unele dintre elementele anorexiei nervoase sunt parte a setului de criterii pentru **fobia socială, tulburare obsesivo-compulsivă** și **tulburarea dismorfică corporală**. În mod specific, individul poate fi umilit sau incomodat de faptul de a fi văzut mâncând în public, ca în fobia socială; poate prezenta obsesii sau compulsii în legătură cu alimentele, ca în tulburarea obsesivo–compulsivă sau poate fi preocupat de un defect imaginar în aspectul corpului, ca în tulburarea dismorfică corporală. Dacă individul cu aneroxie nervoasă are frici sociale care sunt limitate numai la comportamentul alimentar, diagnosticul de fobie socială nu trebuie pus, însă fricile sociale fără legătură cu comportamentul alimentar (de ex., frica compulsivă de a vorbi în public) pot justifica un diagnostic adițional de fobie socială. La fel, diagnosticul de tulburare obsesivo–compulsivă trebuie luat în considerație, numai dacă individul prezintă obsesii și compulsii fără legătură cu alimentarea (de ex., o frică compulsivă de contaminare), iar diagnosticul de tulburare dismorfică corporală trebuie luat în considerație numai dacă desfigurarea este fără legătură cu conformația sau dimensiunea corpului (de ex., preocuparea că nasul este prea mare).

În **bulimia nervoasă**, indivizii prezintă episoade recurente de mâncat compulsiv, se angajează în comportamente inadecvate pentru a evita luarea în greutate (de ex., autoprovocarea de vărsături) și sunt preocupați de greutatea și conformația corpului. Însă, contrar indivizilor cu anorexie nervoasă, tipul de mâncat compulsiv/purgare, indivizii cu bulimie nervoasă sunt capabili să mențină greutatea corporală la, sau deasupra unui nivel normal minimal.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.1 Anorexia Nervoasă

A. Refuzul de a menține greutatea corporală la, sau deasupra unei greutăți normale minime pentru etatea și înălțimea sa (de ex., pierdere în greutate ducând la menținerea greutății corporale la mai puțin de 85% din cea sperată sau incapacitatea de a lua în greutate plusul sperat în cursul perioadei de creștere, ducând la o greutate corporală de mai puțin de 85% din cea sperată).

B. Frica intensă de a nu lua în greutate sau de a deveni gras(ă), chiar dacă este subponderal(ă).

C. Perturbarea modului în care este experientată greutatea sau conformația corpului propriu, nedatorată influenței greutății sau conformației corporale asupra autoevaluării sau negarea seriozității greutății corporale actuale scăzute.

D. La femeile postmenarhice, amenoree, adică absența a cel puțin trei cicluri menstruale consecutive. (O femeie este considerată a avea amenoree, dacă menstrele sale survin numai după administrarea de hormoni, de ex., estrogeni).

*De specificat* tipul:

**Tip restrictiv**: în cursul episodului actual de anorexie nervoasă, persoana nu s-a angajat regulat într-un comportament de mâncat compulsiv sau de purgare (adică, vărsături autoprovocate sau abuz de laxative, diuretice sau clisme)

**Tip de mâncat compulsiv/purgare**: în cursul episodului actual de anorexie nervoasă, persoana se angajează în mod regulat într-un comportament de mâncat compulsiv sau de purgare (adică, vărsături autoprovocate sau abuz de laxative, diuretice sau clisme)

## 307.51 Bulimia Nervoasă

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale bulimiei nervoase le constituie mâncatul compulsiv și metodele compensatorii inadecvate de a preveni luatul în greutate. În afară de aceasta, autoevaluarea indivizilor cu bulimie nervoasă este influențată de conformația și greutatea corpului. Pentru a fi desemnate pentru diagnostic, mâncatul compulsiv și comportamentele compensatorii inadecvate trebuie să apară, în medie, de cel puțin două ori pe săptămână, timp de cel puțin 3 luni (criteriul C).

Un *mâncat compulsiv* exces este definit ca mâncatul într-o anumită perioadă de timp, a unei cantități de mâncare care este în mod evident mai mare decât cea pe care ar mânca-o cei mai mulți indivizi în circumstanțe similare (criteriul A1).

Clinicianul trebuie să ia în considerație contextul în care survine mîncatul, ceea ce ar putea fi considerat drept un consum excesiv la un prânz tipic, poate fi considerat normal în timpul unei festivități sau prânz de vacanță. „O anumită perioadă de timp" se referă la o perioadă limitată de timp, de regulă de mai puțin de 2 ore. Un singur episod de mâncat compulsiv nu trebuie să fie restrâns la un singur loc. De exemplu, un individ poate începe un mâncat compulsiv la restaurant și să-l continuie apoi când ajunge acasă. Gustatul continuu de mici cantități de mâncare de-a lungul zilei nu trebuie să fie considerat mâncat compulsiv.

Deși tipul de alimente consumate în timpul mâncatului compulsiv variază, acesta include de regulă dulciuri, alimente cu un înalt conținut caloric, cum ar fi înghețata sau prăjiturile. Însă, mâncatul compulsiv pare a fi caracterizat mai mult printr-o anomalie în cantitatea de alimente consumate decât prin dorința ardentă de un anumit aliment, cum ar fi dulciurile. Deși indivizii cu bulimie consumă mai multe calorii în cursul unui episod de mâncat compulsiv decât consumă persoanele fără bulimie nervoasă în cursul unei mese, fracțiunile de calorii derivate din proteine, grăsimi și glucide sunt similare.

Indivizii cu bulimie nervoasă sunt de regulă incomodați de problemele lor cu mâncatul și încearcă să-și ascundă simptomele. Mâncatul compulsiv survine de regulă în secret sau cât mai inobservabil posibil. Un episod poate fi sau nu planificat dinainte, și este de regulă (dar nu totdeauna) caracterizat prin consumare rapidă. Mâncatul compulsiv continuă până ce individul este inconfortabil sau dureros de sătul. Mâncatul compulsiv este declanșat de regulă de stări afective disforice, stresori interpersonali, foamea intensă urmând unor restricții de dietă ori unor sentimente în legătură cu greutatea, conformația corpului și mâncarea. Mâncatul compulsiv poate reduce tranzitoriu disforia, dar adesea urmează dispariția autocriticii și apariția unei dispoziții depresive.

Un episod de mâncat compulsiv se însoțește, de asemenea, de sentimentul de lipsă de control (criteriul A2). Un individ poate fi într-o stare de frenezie în timpul mâncatului compulsiv, în special la începutul maladiei. Unii indivizi descriu o stare disociativă în cursul episoadelor de mâncat compulsiv sau după aceea. După ce bulimia nervoasă a persistat câtva timp, indivizii respectivi pot relata că episoadele lor de mâncat compulsiv nu mai sunt caracterizate prin sentimentul acut de pierdere a controlului, ci mai curând prin indicatori comportamentali de deteriorare a controlului, cum ar fi dificultatea de a rezista mâncatului compulsiv sau dificultatea de a stopa un mâncat compulsiv, odată ce acesta a început. Deteriorarea controlului asociată cu mâncatul compulsiv în bulimia nervoasă nu este absolută; de exemplu, un individ poate continua să mănânce compulsiv în timp ce sună telefonul, dar încetează imediat când intră pe neașteptate în cameră soția (soțul) sau cel (cea) cu care împarte camera.

Alt element esențial al bulimiei nervoase îl constituie uzul recurent de comportamente compensatorii inadecvate pentru a preveni luatul în greutate (criteriul B). Mulți indivizi cu bulimie nervoasă întrebuințează diverse metode în tentativa lor de a compensa mâncatul compulsiv. Cea mai comună tehnică compensatorie o constituie provocarea de vărsături după un episod de mâncat compulsiv. Această metodă de purgare este întrebuințată de 80% până la 90% dintre indivizii cu bulimie nervoasă care se prezintă pentru tratament în clinicile de tulburări de nutriție. Efectele imediate ale vărsăturilor includ ușurarea disconfortului somatic și reducerea fricii de a nu lua în greutate. În unele cazuri, voma devine un scop în sine, iar persoana va mânca compulsiv pentru a vomita sau

va vomita după ingerarea unei mici cantități de alimente. Indivizii cu bulimie nervoasă pot utiliza o diversitate de metode pentru a-și provoca vărsături, incluzând uzul degetelor sau al instrumentelor pentru a stimula reflexul de vomă. Indivizii devin în general adepții provocării de vărsături și, în final, sunt capabili să vomite după dorință. Mai rar, acești indivizi fac uz de sirop de ipeca pentru a-și provoca vărsături. Alte comportamente de purgare includ abuzul de laxative și de diuretice. Aproximativ o treime dintre cei cu bulimie nervoasă fac uz de laxative după un episod de mâncat compulsiv. Mai rar, indivizii cu această tulburare abuzează de clisme după episoadele de mâncat compulsiv, dar aceasta este rar metoda compensatorie întrebuințată uzual.

Indivizii cu bulimie nervoasă pot posti una sau mai multe zile ori exersează excesiv de mult în tentativa de a compensa mâncatul compulsiv. Exercițiile pot fi considerate excesive când interferează cu activități importante, când au loc la ore sau în locuri inadecvate ori când individul continuă să exerseze în disprețul traumatismelor sau al altor complicații medicale. Mai rar, indivizii cu această tulburare pot lua hormon tiroidian în tentativa lor de a evita luatul în greutate. Indivizii cu diabet zaharat și bulimie nervoasă pot omite sau reduce dozele de insulină în scopul reducerii metabolismului alimentelor consumate în cursul episoadelor de mâncat compulsiv.

Indivizii cu bulimie nervoasă pun un accent exagerat pe conformația și greutatea corpului în autoevaluarea lor, și acești factori sunt de regulă unii dintre cei mai importanți în determinarea stimei de sine (criteriul D). Indivizii cu această tulburare pot semăna foarte mult cu cei cu anorexie nervoasă sub aspectul fricii de a nu lua în greutate, al dorinței lor de a pierde în greutate și al nivelului de insatisfacție în legătură cu corpul lor. Diagnosticul de bulimie nervoasă nu va fi pus însă, când perturbarea survine numai în cursul episoadelor de anorexie nervoasă (criteriul E).

## Subtipuri

Următoarele subtipuri pot fi utilizate pentru a specifica prezența sau absența uzului regulat de metode de purgare ca mijloace de compensare a mâncatului compulsiv:

**Tip de purgare.** Acest subtip descrie tablourile clinice în care persoana s-a angajat în autoprovocarea de vărsături, în abuz de laxative, diuretice sau clisme în cursul episodului curent.

**Tip de nonpurgare.** Acest subtip descrie tablourile clinice în care persoana a utilizat alte comportamente compensatorii inadecvate, cum ar fi postul sau exercițiile excesive, dar care nu s-a angajat în mod regulat în vărsături autoprovocate sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme în cursul episodului actual.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu bulimie nervoasă se află de regulă în cadrul seriei de greutate normală, deși unii pot fi ușor subponderali sau supraponderali. Tulburarea survine, dar este rară, printre indivizii obezi moderați și morbizi. Există indicii, că înaintea debutului tulburării de comportament alimentar, indivizii cu bulimie nervoasă este foarte posibil să fie mai supraponderali decât egalii lor. Între episoadele de mâncat compulsiv, indivizii cu bulimie își restrâng de regulă consumul caloric și selectează preferențial alimentele cu valoare calorică redusă [„dieta"], în timp ce evită alimentele pe care le percep ca ducând la îngrășare sau care declanșează probabil un episod de mâncat compulsiv.

Există o frecvență crescută a simptomelor depresive (de ex., stima de sine scăzută) sau a tulburărilor afective (în special tulburarea distimică și tulburarea depresivă majoră) la indivizii cu bulimie nervoasă. La mulți sau la cei mai mulți indivizi, perturbarea de dispoziție începe în același timp cu, sau urmează apariției bulimiei nervoase, iar indivizii își atribuie adesea perturbările afective bulimiei nervoase. La unii indivizi, însă, perturbarea afectivă precede clar apariția bulimiei nervoase. Poate exista, de asemenea, o creștere a frecvenței simptomelor anxioase (de ex., frica de situații sociale) sau a tulburărilor anxioase. Aceste perturbări afective și anxioase se remit frecvent după un tratament eficient al bulimiei nervoase. Prevalența pe viață a abuzului sau dependenței de o substanță, implicând în special alcoolul și stimulantele, survine la cel puțin 30% dintre indivizii cu bulimie nervoasă. Uzul de stimulante începe adesea în tentativa de a controla apetitul și greutatea. Un procent substanțial de indivizii cu bulimie nervoasă au, de asemenea, elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate (cel mai frecvent pentru tulburarea de personalitate borderline).

**Date de laborator asociate.** Frecvent, comportamentul de purgare de orice tip poate produce anomalii hidroelectrolitice, cel mai frecvent hipokaliemie, hiponatremie și hipocloremie. Pierderea de suc gastric prin vărsături poate duce la o alcaloză metabolică (creșterea bicarbonatului seric), iar provocarea frecventă de diaree prin abuz de laxative poate cauza acidoză metabolică. Unii indivizi cu bulimie nervoasă prezintă nivele ușor crescute ale amilazei serice, reflectând probabil o creștere a isoenzimei salivare.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Vărsăturile recurente duc în final la o pierdere semnificativă și permanentă a smaltului dentar, în special pe fața lingual a dinților frontali. Acești dinți pot deveni ciobiți și par a fi colțuroși și „mâncați de molii". Poate exista, de asemenea, o frecvență crescută a cariilor dentare. La unii indivizi, glandele salivare, în special glandele parotide, pot fi mărite considerabil. Indivizii care-și provoacă vărsături prin stimularea manuală a reflexului de vomă pot prezenta calozități sau cicatrici pe fața dorsală a degetelor prin traume repetate din cauza dinților. Miopatii cardiace și scheletale severe au fost raportate printre indivizii care uzează în mod regulat de sirop de ipeca pentru a-și provoca vărsături.

Ciclul menstrual neregulat sau amenoreea survine uneori printre femeile cu bulimie nervoasă; este incert dacă astfel de perturbări sunt în legătură cu fluctuațiile ponderale, cu deficiențele nutriționale sau cu stresul emoțional. Indivizii care abuzează în mod cronic de laxative pot deveni dependenți de uzul lor pentru a stimula mișcările ampulei rectale. Perturbările hidroelectrolitice rezultând din comportamentul de purgare sunt uneori suficient de severe pentru a constitui probleme medicale severe. Rar, dar în final fatale, complicațiile includ dilacerările esofagiene, ruptura gastrică și aritmiile cardiace. Prolapsul rectal a fost, de asemenea, raportat printre indivizii cu această, tulburare. În comparație cu indivizii cu bulimie nervoasă, tipul de nonpurgare, cei cu tipul de purgare este foarte posibil să aibă probleme somatice, cum ar fi perturbările hidroelectrolitice.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Bulimia nervoasă a fost descrisă ca apărând, în mare, cu frecvențe similare în cele mai multe țări industrializate, incluzând Statele Unite, Canada, Europa, Australia, Japonia, Noua Zeelandă și Africa de Sud. Puține studii au examinat prevalența bulimiei nervoase în alte culturi. În studiile clinice asupra bulimiei

nervoase, în Statele Unite, indivizii care prezintă această tulburare sunt în general albi, dar tulburarea a fost raportată și printre alte grupuri etnice.

În eșantioanele clinice și populaționale, cel puțin 90% dintre indivizii cu bulimie nervoasă sunt femei. Unele date sugerează că bărbații cu bulimie au o prevalență mai mare a obezității premorbide decât femeile cu bulimie nervoasă.

## Prevalență

Prevalența pe viață, a bulimiei nervoase printre femei este de aproximativ 1%–3%; rata apariției acestei tulburări la bărbați este de aproximativ 1/10 din cea a femeilor.

## Evoluție

Bulimia nervoasă începe de regulă în ultima parte a adolescenței sau la începutul vieții adulte. Mâncatul compulsiv începe frecvent în cursul sau după un episod de dietă. Comportamentul perturbat de a mânca persistă cel puțin câțiva ani într-un procent ridicat de eșantioane clinice. Evoluția poate fi cronică sau intermitentă, cu perioade de remisiune alternând cu recurența episoadelor de mâncat compulsiv. După o perioadă lungă de urmărire catamnestică, simptomele multor indivizi par a diminua. Perioadele de remisiune mai lungi de 1 an sunt asociate cu un deznodământ mai bun pe termen lung.

## Pattern familial

Diverse studii au sugerat o frecvență crescută a bulimiei nervoase, a tulburărilor afective și a abuzului și dependenței de o substanță la rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu bulimie nervoasă. Poate exista o tendință familială la obezitate, dar acest fapt nu este stabilit definitiv.

## Diagnostic diferențial

Indivizilor al căror comportament de mâncat compulsiv survine numai în anorexia nervoasă, li se pune diagnosticul de **anorexie nervoasă, tip de mâncat compulsiv/purgare** și nu diagnosticul adițional de bulimie nervoasă. Pentru un individ care mănâncă compulsiv și se purghează, dar al cărui tablou clinic nu mai satisface criteriile complete pentru anorexia nervoasă, tip de mâncat compulsiv/purgare (de ex., când greutatea este normală sau menstruațiile au devenit regulate) este o problemă de judecată clinică, dacă cel mai corespunzător diagnostic actual este cel de anorexie nervoasă, tip mâncat compulsiv/purgare, în remisiune parțială, sau de bulimie nervoasă.

În anumite condiții neurologice sau în alte condiții medicale generale, cum ar fi **sindromul Kleine-Levin**, există un comportament alimentar perturbat, dar nu sunt prezente elementele psihologice caracteristice ale bulimiei nervoase, ca de exemplu, preocuparea exagerată pentru conformația și greutatea corpului. Hiperfagia este comună în **tulburarea depresivă majoră cu elemente atipice**, dar astfel de indivizi nu se angajează în comportamente compensatorii inadecvate și nu prezintă preocuparea excesivă, caracteristică pentru conformația și greutatea corpului. Dacă sunt satisfăcute criteriile pentru ambele tulburări, trebuie puse ambele diagnostice. Comportamentul de mâncat compulsiv este inclus în criteriul comportamentului impulsiv, care este parte a definiției **tulburării de personalitate borderline**. Dacă sunt satisfăcute criteriile complete pentru ambele tulburări, ambele diagnostice pot fi puse.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.51 Bulimia Nervoasă

A. Episoade recurente de mîncat compulsiv. Un episod de mîncat compulsiv se caracterizează prin ambii itemi care urmează:

(1) mâncatul într-o anumită perioadă de timp (de ex., în decursul unei perioade de două ore), a unei cantități de mâncare mai mare decât cea pe care ar mânca-o cei mai mulți oameni într-o perioadă, similară, de timp și în circumstanțe similare.

(2) sentimentul de lipsă de control al mîncatului în cursul episodului (de ex., sentimentul că persoana respectivă nu poate stopa mâncatul sau controla ce sau cât de mult mănâncă).

B. Comportament compensator inadecvat recurent în scopul prevenirii luării în greutate, cum ar fi vărsăturile autoprovocate, abuzul de laxative, diuretice, clisme sau alte medicamente, postul sau exercițiile excesive.

C. Mâncatul compulsiv și comportamentele compensatorii inadecvate apar ambele, în medie de cel puțin două ori pe săptămână, timp de 3 luni.

D. Autoevaluarea este în mod nejustificat influențată de conformația și greutatea corpului.

E. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul episoadelor de anorexie nervoasă.

*De specificat* tipul:

**Tip de purgare:** în cursul episodului curent de bulimie nervoasă, persoana s-a angajat regulat în autoprovocarea de vărsături sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.

**Tip de nonpurgare:** în cursul episodului curent de bulimie nervoasă, persoana a utilizat alte comportamente compensatorii inadecvate cum ar fi postul sau exercițiile excesive, dar nu s-a angajat în mod regulat în vărsături autoinduse sau în abuzul de laxative, diuretice sau clisme.

## 307.50 Tulburare de Comportament Alimentar Fără Altă Specificație

Categoria tulburării de comportament alimentar fără altă specificație este destinată tulburărilor de comportament alimentar care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre tulburările de comportament alimentar specifice. Exemplele includ:

1. Pentru femei, sunt satisfăcute toate criteriile pentru anorexia nervoasă cu excepția faptului că acestea au menstruații regulate.
2. Sunt satisfăcute toate criteriile pentru anorexia nervoasă cu excepția faptului că, în dispretul pierderii semnificative în greutate, greutatea actuală a individului este în limite normale.
3. Sunt satisfăcute toate criteriile pentru bulimia nervoasă cu excepția faptului că mâncatul compulsiv și mecanismele compensatorii inadecvate survin cu o frecvență de mai puțin de două ori pe săptămână ori pentru o durată de mai puțin de 3 luni.

4. Uzul regulat al unui comportament compensator inadecvat de către un individ cu greutate corporală normală după mâncarea unor cantități mici de alimente (de ex., vărsături autoprovocate după consumarea a două fursecuri).
5. Mestecarea repetată și scuiparea, dar nu înghițirea unor mari cantități de mâncare.
6. Tulburarea de mâncat compulsiv: episoade recurente de mâncat compulsiv, în absența uzului regulat al unor comportamente compensatorii inadecvate caracteristice bulimiei nervoase (vezi pag. 785 pentru criteriile de cercetare sugerate).

# Tulburările de Somn

Tulburările de somn sunt organizate în patru secțiuni majore, în funcție de etiologia presupusă. **Tulburările de somn primare** sunt acelea în care nici una din etiologiile menționate mai jos (adică, altă tulburare mentală, o condiție medicală generală, sau o substanță) nu este responsabilă. Tulburările de somn primare sunt presupuse a proveni din anomalii endogene în mecanismele de generare sau reglare somn-vigilitate, complicate adesea de factori condiționali. Tulburările de somn primare sunt divizate în **dissomnii** (caracterizate prin anomalii în cantitatea, calitatea sau reglarea /timing/ somnului) și **parasomnii** (caracterizate prin comportament anormal sau evenimente fiziologice apărând în asociere cu somnul, cu stadiile specifice somnului sau cu tranzițiile somn-vigilitate).

**Tulburarea de somn în legătură cu altă tulburare mentală** implică acuza notabilă a unei perturbări de somn care rezultă dintr-o tulburare mentală diagnosticabilă (adesea o tulburare afectivă sau o tulburare anxioasă), dar care este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată. Este posibil ca mecanismele fiziopatologice responsabile de tulburarea mentală să afecteze, de asemenea, reglarea somn-vigilitate.

**Tulburarea de somn datorată unei condiții medicale generale** implică acuza notabilă a unei tulburări de somn care rezultă din efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale asupra sistemului somn-vigilitate.

**Tulburarea de somn indusă de o substanță** implică acuze notabile de perturbare de somn care rezultă din uzul concomitent sau din încetarea recentă a uzului unei substanțe (inclusiv a medicamentelor).

Evaluarea sistematică la indivizii care se prezintă cu acuze notabile de perturbare de somn include o evaluare a tipului specific de acuză de somn și o luare în considerație a tulburărilor mentale concomitente, a condițiilor medicale generale, a uzului unei substanțe (inclusiv a unui medicament) care pot fi responsabile de perturbarea de somn.

Cinci stadii distincte de somn pot fi măsurate prin polisomnografie: somnul cu mișcări oculare rapide (REM) și patru stadii de somn fără mișcări oculare rapide (non-REM) (stadiile 1, 2, 3 și 4). Stadiul 1 de somn NREM este o tranziție de la starea de vigilitate la somn și ocupă aproape 5% din timpul alocat somnului de adulții sănătoși. Stadiul 2 de somn NREM, care este caracterizat prin forme de unde EEG specifice (fusuri de somn și complexe K), ocupă aproximativ 50% din timpul rezervat somnului. Stadiile 3 și 4 de somn NREM (cunoscute, de asemenea, sub denumirea colectivă de somn cu unde lente) sunt cele mai profunde nivele de somn și ocupă aproximativ 10%-20% din timpul de somn. Somnul REM, în cursul căruia survin majoritatea viselor asemănătoare unei narațiuni tipice, ocupă aproximativ 20%-25% din somnul total.

Aceste stadii de somn au o organizare temporală caracteristică de-a lungul nopții. Stadiile NREM 3 și 4 tind să survină în prima treime sau în prima jumătate a nopții și cresc în durată ca răspuns la deprivarea de somn. Somnul REM survine ciclic în tot

cursul nopții, alternând cu somn NREM aproximativ la fiecare 80-100 minute. Perioadele de somn REM cresc ca durată spre dimineață. Somnul uman variază, de asemenea, în mod caracteristic în cursul vieții. După o stabilitate relativă, cu mari cantități de somn cu unde lente în copilărie și începutul adolescenței, continuitatea și profunzimea somnului se deteriorează pe măsură ce adultul avansează în etate. Această deteriorare este reflectată prin creșterea vigilității și stadiului 1 de somn și diminuarea stadiilor 3 și 4 de somn. Din această cauză, etatea trebuie luată în considerație în diagnosticarea unei tulburări de somn la orice individ.

*Polisomnografia* este monitorizarea unor parametri electrofiziologici multipli în cursul somnului, și include în general măsurarea activității EEG, a activității electrooculografice și a activității electromiografice. Măsurătorile polisomnografice suplimentare pot include fluxul aerian oral sau nazal, efortul respirator, mișcările peretelui abdominal și ale plastronului costal, saturația în oxigen a hemoglobinei sau concentrația bioxidului de carbon exhalat; aceste măsurători sunt utilizate pentru monitorizarea respirației în timpul somnului și pentru a detecta prezența și severitatea apneii de somn. Măsurarea activității electromiografice periferice poate fi utilizată pentru a detecta mișcări anormale în timpul somnului. Cele mai multe studii polisomnografice sunt efectuate în timpul orelor de somn uzuale ale persoanei — adică, noaptea. Studiile polisomnografice efectuate în timpul zilei sunt utilizate la cuantificarea somnolenței diurne. Cel mai frecvent procedeu pentru timpul zilei îl constituie testul de latență a somnului multiplu (TLSM), în care individul este instruit să stea culcat într-o cameră întunecată și să nu reziste somnului; acest protocol se repetă de cinci ori în cursul zilei. Latența de somn (timpul necesar pentru a adormi) este măsurată la fiecare trial și este utilizată drept indiciu al somnolenței fiziologice. Inversul TLSM este, de asemenea, utilizat; în testul repetat de vigilitate susținută (TRVS), individul este așezat într-o cameră liniștită, slab luminată și instruit să rămână vigil; acest protocol este repetat de mai multe ori în timpul zilei. Din nou este măsurată latența somnului, dar aceasta este utilizată drept indiciu al capacității individului de a-și menține vigilitatea.

Terminologia standard pentru măsurătorile polisomnografice este utilizată peste tot în textul acestei secțiuni. *Continuitatea somnului* se referă la balanța generală a somnului și vigilității, în cursul unei nopți de somn. Continuitatea de somn „mai bună" indică un somn continuu, cu vigilitate puțină; continuitatea de somn „mai rea" indică un somn întrerupt, cu mai multă vigilitate. Măsurătorile continuității de somn specifice includ *latența de somn* — perioada de timp necesară pentru a adormi (exprimată în minute); *vigilitatea intermitentă* — cantitatea de timp vigil după debutul somnului inițial (exprimată în minute) și *eficiența somnului* — raportul dintre timpul real petrecut dormind și timpul petrecut în pat (exprimat ca un procent, valorile numerice mari indicând o mai bună continuitate a somnului). *Arhitectura somnului* se referă la durata și distribuția stadiilor specifice de somn. Măsurătorile arhitecturii somnului includ duratele absolute ale stadiului de somn REM și ale fiecărui stadiu de somn NREM (în minute), cantitatea relativă de stadii de somn REM și de somn NREM (exprimată ca un procent al timpului total de somn) și perioada de latență dintre debutul somnului și prima perioadă de REM (latența REM).

Textul fiecărei tulburări de somn conține o secțiune care descrie relațiile sale cu tulburările corespunzătoare din *The International Classification of Sleep Disorders: (ICSID) Diagnostic and Coding Manual (Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS) Manual de Diagnostic și Codificare)*, publicat în 1990 de American Sleep Disorders Association.

# Tulburările de Somn Primare

## *Dissomniile*

Dissomniile sunt tulburări primare ale inițierii și menținerii somnului sau de somnolență excesivă, și sunt caracterizate printr-o perturbare în cantitatea, calitatea sau reglarea somnului. Această secțiune include insomnia primară, hipersomnia primară, narcolepsia, tulburarea de somn în legătură cu respirația, tulburarea ritmului circadian al somnului și dissomnia fără altă specificație.

## 307.42 Insomnia Primară

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al insomniei primare îl constituie acuzarea unei dificultăți în inițierea sau în menținerea somnului, ori a unui somn nereconfortant, care durează cel puțin o lună (criteriul A) și cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul B). Perturbarea somnului nu survine exclusiv în cursul altei tulburări de somn (criteriul C) ori tulburări mentale (criteriul D) și nu este datorată efectelor fiziologice directe ale unei substanțe ori ale unei condiții medicale generale (criteriul E).

Indivizii cu insomnie primară relatează cel mai adesea o combinație de dificultate în a rămâne adormiți și vigilitate intermitentă în timpul somnului. Mai rar, acești indivizi se pot plânge numai de somn nereconfortant, adică, senzația că somnul lor este neliniștit, superficial sau de calitate rea. Insomnia primară este asociată adesea cu excitație fiziologică sau psihologică în cursul nopții, în combinație cu o condiționare negativă pentru somn. O preocupare marcată referitoare la somn și detresa datorată incapacității de a dormi pot contribui la apariția unui cerc vicios: cu cât individul încearcă mai mult să doarmă, cu atât devine mai frustrat și mai detresat, și este mai puțin capabil să doarmă. Zăcutul în patul în care individul a petrecut frecvent nopți fără somn poate cauza frustrare și excitație condiționată. Invers, individul poate adormi mai ușor când nu încearcă s-o facă (de ex., în timp ce privește la televizor, citește sau face o plimbare cu autoturismul). Unii indivizi, cu excitație crescută și condiționare negativă, relatează că ei dorm mai bine departe de dormitoarele lor și de rutinele lor uzuale. Insomnia cronică poate duce la sentimente de stare rea a sănătății în timpul zilei (de ex., deteriorarea afectivității și motivației, diminuarea atenției, energiei și concentrării și o creștere a fatigabilității și malezei). Deși indivizii au adesea acuza subiectivă de fatigabilitate în timpul zilei, studiile polisomnografice nu demonstrează de regulă o creștere a semnelor fiziologice de somnolență.

### Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Mulți indivizi cu insomnie primară au un istoric de perturbare superficială sau „ușoară" de somn, înainte să apară probleme mai persistente în legătură cu somnul. Alți factori asociați pot include preocuparea anxioasă în legătură cu sănătatea generală și sensibilitatea

crescută la efectele din timpul zilei ale unei pierderi a somnului ușor. Pot fi prezente simptome de anxietate sau de depresie, care nu satisfac criteriile pentru o tulburare mentală specifică. Probleme interpersonale, sociale și profesionale pot apare ca rezultat al preocupării exagerate pentru somn, iritabilității crescute din timpul zilei și concentrării reduse. Problemele cu neatenția și concentrarea pot duce la accidente. Indivizii cu insomnie severă pot avea o deteriorare funcțională mai mare, o productivitate mai redusă și o utilizare crescută a serviciilor de sănătate mentală în comparație cu indivizii fără acuze de somn. Indivizii cu insomnie primară pot, de asemenea, relata stres interpersonal sau în legătură cu munca.

Indivizii cu insomnie primară pot avea un istoric de tulburări mentale, în special de tulburări afective și de tulburări anxioase. Insomnia primară constituie, de asemenea, un factor de risc (sau, poate, un simptom precoce) pentru tulburări afective, tulburări anxioase și tulburări în legătură cu uzul unei substanțe, ulterioare. Indivizii cu insomnie primară uzează uneori de medicamente necorespunzătoare: hipnotice sau alcool pentru a dormi în timpul nopții, anxiolitice pentru a combate tensiunea sau anxietatea, și cafeină sau alte stimulante pentru a combate fatigabilitatea excesivă. În unele cazuri, acest tip de uz de substanță poate progresa la abuz de o substanță sau la dependență de o substanță.

**Date de laborator asociate.** Polisomnografia poate demonstra o continuitate redusă a somnului (de ex., creșterea latenței somnului, vigilitate intermitentă crescută și scăderea eficienței somnului), creșterea stadiului 1 de somn, scăderea stadiilor 3 și 4 de somn. Alte date de laborator pot include tensiunea musculară crescută și creșterea cantității de activitate alfa și beta în timpul somnului, după cum indică analiza EEG cantitativă. Aceste elemente trebuie să fie interpretate în cadrul contextului de norme corespunzătoare etății. Măsurătorile polisomnografice prezintă adesea o varietate considerabilă de la o noapte la alta. Indivizii cu insomnie primară pot prezenta, de asemenea, discrepanțe substanțiale între măsurătorile subiective și polisomnografice ale cantității somnului, cel mai frecvent în direcția subestimării cantității de somn. Unii indivizi pot relata că dorm mai bine în laborator decât acasă, sugerând o bază condiționată pentru acuzele lor în legătură cu somnul. Indivizii cu insomnie primară nu prezintă de regulă o somnolență diurnă crescută măsurabilă prin testarea în laborator a somnului în comparație cu indivizii fără nici o tulburare de somn. Alte teste psihofiziologice pot indica, de asemenea, o excitație crescută (de ex., tensiune musculară crescută, reactivitate fiziologică excesivă la stres și creșterea ritmului metabolic).

Indivizii cu insomnie primară pot avea, de asemenea, scoruri ridicate la inventarele de personalitate sau la autodescrierile psihologice (de ex., la profilele indicând depresia cronică ușoară și anxietatea, un stil de „internalizare" a rezolvării conflictului și o focalizare somatică). Măsurătorile performanței la testele neuropsihologice nu prezintă patternuri concordante de deteriorare printre indivizii cu insomnie primară.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Indivizii cu insomnie primară pot apare ca extenuați sau cu ochii duși în fundul capului, însă nu prezintă alte anomalii caracteristice la examenul somatic. Poate exista o incidență crescută a problemelor psihofiziologice în legătură cu stresul (de ex., cefalee de tensiune, tensiune musculară crescută, detresă gastrică).

## Elemente specifice etății și sexului

Datele anchetelor demonstrează clar că acuzele de insomnie devin mai frecvente odată cu avansarea în etate și mai ales printre femei. Frecvența crescândă a acuzelor de insomnie odată cu avansarea în etate poate fi atribuită în parte creșterii procentelor de probleme în legătură cu sănătatea somatică la bătrâni. Adulții tineri se plâng cel mai adesea de dificultăți în a adormi, pe când adulții de etate medie și bătrânii este foarte posibil să aibă dificultăți cu menținerea somnului și deșteptarea matinală precoce. În mod paradoxal, în dispretul frecvenței mai mari a acuzelor de insomnie printre femeile în etate, studiile polisomnografice indică în general o mai bună prezervare a continuității somnului și somn cu unde lente la femeile în etate decât la bărbații în etate. Motivul pentru această discrepanță între autorelatări și datele de laborator nu este cunoscut. Deși studiile polisomnografice sunt limitate ca importanță în evaluarea de rutină a insomniei, ele pot fi mai utile în efectuarea diagnosticului diferențial al insomniei la indivizii adulți mai în etate decât la cei mai tineri. Aceasta deoarece indivizii mai în etate au mai frecvent etiologii identificabile pentru acuzele lor hipnice, cum ar fi mișcările periodice ale membrelor și apneea de somn.

## Prevalență

Există puține date referitoare la prevalența insomniei primare în populația generală. Anchetele populaționale indică o prevalență pe 1 an a acuzelor de insomnie de 30%-45% la adulți. Prevalența insomniei primare este de aproximativ 1-10% în populația generală adultă și de până la 25% la bătrâni. În clinicile specializate în tulburările de somn, aproximativ 15%-25% dintre indivizii cu insomnie cronică sunt diagnosticați cu insomnie primară.

## Evoluție

Factorii care precipită insomnia primară pot fi diferiți de cei care o perpetuează. Cele mai multe cazuri au un debut cât se poate de brusc, în cursul unui stres psihologic, social sau medical. Insomnia primară persistă adesea mult timp după ce factorii cauzali originari s-au rezolvat, datorită intensificării excitației și condiționării negative. De exemplu, o persoană cu o suferință dureroasă, care petrece o mare parte a timpului în pat și are dificultăți în adormire, poate dezvolta apoi asociații negative pentru somn. Asociațiile negative, excitația crescută și deșteptarea din somn condiționată pot apoi persista dincolo de perioada de convalescență, ducând la insomnie primară. Un scenariu similar poate apare în asociere cu insomnia care survine în contextul unui stres psihologic acut sau al unei tulburări mentale. De exemplu, insomnia care survine în cursul unui episod de tulburare depresivă majoră poate deveni centrul atenției cu condiționare negativă consecutivă, iar insomnia poate persista mult timp după rezolvarea episodului depresiv. În unele cazuri, insomnia primară poate apare treptat, fără un stresor clar.

Insomnia primară începe de regulă în perioada de adult tânăr sau la etatea medie, și este rară în copilărie sau adolescență. În cazuri excepționale, insomnia poate fi documentată retrospectiv până în coplărie. Evoluția insomniei primare este variabilă. Ea poate fi limitată la o perioadă de câteva luni, în special dacă este precipitată de un stresor psihosocial sau medical, care se rezolvă mai târziu.

Aproximativ 50%-75% dintre indivizii cu acuze hipnice prezintă însă simptome cronice durând mai mult de 1 an, iar insomnia anterioară este cel mai puternic factor de risc unic pentru insomnia actuală. Unii indivizi experientează o evoluție episodică, cu perioade de somn mai bun sau mai rău survenind ca răspuns la evenimente de viață, cum ar fi concediile sau stresul.

## Pattern familial

Predispoziția pentru un somn superficial și întrerupt are o asociere familială. Puținele date din studiile pe gemeni duc la concluzii contradictorii referitoare la importanța factorilor genetici în insomnia primară .

## Diagnostic diferențial

Durata de somn „normală" variază considerabil în populația generală. Unii indivizi, care necesită puțin somn („cei care dorm puțin"), pot fi preocupați de durata somnului lor. **Cei care dorm puțin** trebuie distinși de cei cu insomnie primară prin lipsa lor de dificultate în adormire și prin absența semnelor caracteristice de insomnie primară (de ex., deșteptare din somn intermitentă, fatigabilitate, probleme de concentrare sau iritabilitate). Unii indivizi care dorm puțin nu sunt însă informați despre necesitatea lor biologică redusă de somn și în tentativa lor de a-și prelungi timpul de ședere în pat, își creează un patern de somn de insomnie.

Somnolența diurnă, care este un element caracteristic al **hipersomniei primare**, poate surveni uneori în insomnia primară, dar nu este tot atât de severă ca în aceasta. Când somnolența diurnă este considerată a fi datorată insomniei, nu se pune diagnosticul adițional de hipersomnie primară.

Tipurile de modificare de fus orar sau de lucru în ture ale **tulburării ritmului circadian de somn** se disting de insomnia primară prin istoricul unei călătorii transmeridiane recente sau al lucrului în ture. Indivizii cu tipul de fază întârziată de somn al tulburării ritmului circadian de somn afirmă insomnie de început a somnului numai când încearcă să doarmă în perioadele normale social, dar nu relatează dificultăți de adormire sau în a rămâne adormiți, când dorm în perioadele lor preferate de somn.

**Narcolepsia** poate cauza acuze de insomnie, în special la adulții în etate. Însă, narcolepsia implică rar ca acuză majoră insomnia și se distinge de insomnia primară prin simptome de somnolență diurnă notabilă, cataplexie, paralizie de somn și halucinații în legătură cu somnul.

O **tulburare de somn în legătură cu respirația**, în special apneea centrală de somn poate implica o acuză de insomnie cronică și deteriorare diurnă. O apneea de somn semnificativă clinic însă este o constatare rară printre indivizii tineri și de etate medie de altfel sănătoși cu insomnie cronică (deși ea poate fi mai frecventă la bătrâni). Un istoric atent poate revela pauze periodice în respirație în timpul somnului sau o respirație crescendo-descrescendo (respirație Cheyne-Stokes). Un istoric de traumatism sau de maladie a sistemului nervos central poate sugera o tulburare adițională de somn în legătură cu respirația. Polisomnografia poate confirma prezența evenimentelor apneice. Cei mai mulți indivizi cu tulburare de somn în legătură cu respirația au apnee obstructivă care poate fi distinsă de insomnia primară printr-un istoric de sforăit sonor, pauze în respirație în timpul somnului și somnolență diurnă excesivă.

**Parasomniile** sunt caracterizate prin acuzarea unui comportament sau a unor evenimente inuzuale în cursul somnului, care pot duce uneori la deșteptarea intermitentă din somn. Însă, aceste evenimente comportamentale sunt cele care domină tabloul clinic în parasomnie, mai curând decât insomnia.

Insomnia primară trebuie să fie distinsă de **tulburările mentale care includ insomnia ca element esențial sau asociat** (de ex., tulburarea depresivă majoră, anxietatea generalizată, schizofrenia). Diagnosticul de insomnie primară nu este pus dacă insomnia survine exclusiv în cursul altei tulburări mentale. O investigație detaliată pentru prezența altor tulburări mentale este esențială, înainte de a lua în considerație diagnosticul de insomnie primară. Un diagnostic de insomnie primară poate fi pus în prezența altei tulburări mentale actuale sau trecute, dacă tulburarea mentală este considerată a nu justifica insomnia ori dacă insomnia și tulburarea mentală au o evoluție independentă. Când insomnia survine ca o manifestare a, și exclusiv în cursul, altei tulburări mentale (de ex., o tulburare afectivă, anxioasă, somatoformă sau psihotică), diagnosticul de **insomnie în legătură cu altă tulburare mentală** poate fi mai indicat. Acest diagnostic trebuie luat în considerație numai când insomnia este acuza predominantă și este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată; altfel, nu este necesar un diagnostic separat. Elementele clinice, cum ar fi condiționarea negativă și igiena somnului redusă sunt mai concordante cu diagnosticul de insomnie primară, pe când simptomele semnificative clinic dar fără legătură cu somnul (de ex., dispoziția depresivă, anxietatea) și o evoluție cronică severă a insomniei sunt mai frecvente la indivizii cu insomnie în legătură cu altă tulburare mentală.

În condiții clinice, polisomnografia nu este de regulă utilă în diagnosticul diferențial al insomniei primare versus insomnia în legătură cu altă tulburare mentală .

Insomnia primară trebuie să fie distinsă de **tulburarea de somn datorată unei condiții medicale generale, de tip insomnie**. Diagnosticul trebuie să fie cel de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale când insomnia este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale specifice (de ex., feocromocitom, hipertiroidism, insuficiență cardiacă congestivă, tulburare pulmonară obstructivă cronică) (vezi pag. 651). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. **Tulburarea de somn indusă de o substanță, de tip insomnie**, se distinge de insomnia primară prin faptul că o substanță (adică, un drog de abuz, un medicament sau expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în legătură cu insomnia (vezi pag. 655). De exemplu, insomnia care survine numai în contextul unui consum excesiv de cafea, trebuie să fie diagnosticată ca tulburare de somn indusă de cafeină, de tip insomnie, cu debut în cursul intoxicației.

## Relația cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Insomnia primară subsumează un număr de diagnostice de insomnie din Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS), incluzând insomnia psihofiziologică, starea de percepție eronată a somnului, insomnia idiopatică și unele cazuri de igienă de somn inadecvată. Insomnia psihofiziologică amintește cel mai mult de insomnia primară, în special în termeni de deșteptare și factori condiționali. Starea de percepție eronată a somnului este o condiție caracterizată prin acuze de insomnie cu o discrepanță marcată între estimările subiective și

obiective ale somnului. Insomnia idiopatică include acele cazuri cu debut în copilărie și evoluție pe toată durata vieții, datorate probabil unei anomalii în controlul neurologic al sistemului somn-vigilitate. Igiena inadecvată a somnului se referă la insomnia rezultând din practicile comportamentale care cresc vigilitatea sau perturbă organizarea somnului (de ex., lucrul până târziu noaptea, ațipeli frecvente în cursul zilei, ore neregulate de somn).

### Criteriile de diagnostic pentru 307.42 Insomnia Primară

A. Acuza predominantă o constituie dificultatea în inițierea sau menținerea somnului ori somnul nereconfortant, pentru cel puțin o lună.

B. Perturbarea de somn (sau fatigabilitatea asociată din timpul zilei) cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesională ori în alte domenii importante de funcționare.

C. Perturbarea somnului nu survine exclusiv în cursul narcolepsiei, tulburării de somn în legătură cu respirația, tulburării ritmului circadian de somn sau al unei parasomnii.

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul altei tulburări mentale (de ex., tulburarea depresivă majoră, anxietatea generalizată sau deliriumul).

E. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

## 307.44 Hipersomnia Primară

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al hipersomniei primare îl constituie somnolența excesivă pentru cel puțin o lună și care se manifestă, fie prin episoade de somn prelungite, ori prin episoade de somn în timpul zilei, survenind aproape zilnic (criteriul A). Somnolența excesivă trebuie să fie suficient de severă pentru a cauza o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul B). Somnolența excesivă nu trebuie să apară exclusiv în cursul altei tulburări de somn (criteriul C) sau tulburări mentale (criteriul D) și să nu se datoreze efectelor fiziologice directe ale unei substanțe ori ale unei condiții medicale generale (criteriul E).

La indivizii cu hipersomnie, durata episodului de somn major (sau pentru cei mai mulți indivizi, somnul nocturn) poate merge de la 8 până la 12 ore și este urmată apoi de deșteptare dificilă dimineața. Calitatea reală a somnului nocturn este normală. Somnolența excesivă în timpul orelor normale de vigilitate ia forma unor ațipeli intenționate sau a unor episoade involuntare de somn. Măsurătorile obiective demonstrează o somnolență fiziologică crescută. Ațipelile din timpul zilei tind a fi relativ lungi (durând adesea o oră sau mai mult), sunt experientate ca nereconfortante și adesea nu duc la ameliorarea stării de vigilitate. Indivizii simt de regulă somnolența apărând după o perioadă de timp mai curând decât că

experientează un „atac" subit de somn. Episoadele de somn nonintențional survin în situații de substimulare și de subactivitate (de ex., în timp ce individul ascultă conferințe, citește sau privește la televizor sau conduce pe distanțe lungi).

Hipersomnia poate duce la detresă și disfuncție semnificativă în muncă și în relațiile sociale. Somnul nocturn prelungit și deșteptarea dificilă pot duce la dificultăți în satisfacerea obligațiilor matinale. Episoadele de somn nonintențional pot fi incomodante și chiar periculoase dacă, de exemplu, individul conduce sau manipulează o mașină în timp ce survine episodul. Nivelul redus de vigilitate, care survine în timp ce individul se luptă cu somnolența, poate duce la eficiență, concentrare și memorie redusă în timpul activităților din cursul zilei. Somnolența, atribuită adesea în mod eronat plictiselii sau lasitudinii, poate, de asemenea, altera relațiile sociale și familiale.

## Specificant

**Recurentă.** Acest specificant este utilizat dacă există perioade de somnolență excesivă care durează cel puțin 3 zile, de mai multe ori pe an, timp de cel puțin 2 ani.

Cei mai mulți indivizi cu hipersomnie primară au simptome consistente și persistente. Din contra, forma recurentă trebuie să fie notată dacă simptomele revin periodic timp de mai multe zile până la câteva săptămâni, cu perioade de simptome reapărând de mai multe ori pe an. Intre perioadele de somnolență excesivă, durata somnului și vigilitatea diurnă sunt normale. În forma recurentă de hipersomnie primară, cunoscută ca sindromul Kleine-Levin, indivizii pot petrece 18-20 de ore dormind sau în pat. Perioadele recurente de somnolență sunt asociate cu alte elemente clinice caracteristice indicând dezinhibiția. Hipersexualitatea indiscriminată, incluzând avansuri sexuale inadecvate și masturbarea fățișă pot fi văzute la bărbați (și mai puțin la femei). Poate surveni hiperfagia compulsivă cu creștere acută în greutate. Iritabilitatea, depersonalizarea, depresia, confuzia și halucinațiile ocazionale au fost descrise la unii indivizi, iar comportamente impulsive pot, de asemenea, apare. Alte forme recurente de hipersomnie pot fi văzute în absența acestor elemente. De exemplu, unele femei relatează în mod regulat apariția de perioade de hipersomnie în anumite momente ale ciclului lor menstrual.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** În hipersomnia primară, somnul tinde a fi continuu dar nu reconfortant. Indivizii cu această tulburare adorm repede și au o bună eficiență a somnului, dar au dificultăți cu deșteptarea din somn dimineața, uneori fiind confuzi, iritabili sau ataxici. Această deteriorare prelungită a vigilității la tranziția somn-vigilitate este denumită adesea „beție de somn".

Somnolența diurnă persistentă poate duce la un comportament automat (de regulă extrem de rutinier, de complexitate redusă), pe care individul îl efectuează cu posibilitatea de evocare ulterioară parțială sau absentă. De exemplu, indivizii pot constata ei înșiși că au condus mai multe mile de unde cred ei că erau, inconștienți de condusul „automat" pe care l-au efectuat în minutele precedente.

Deși nu sunt disponibile date precise referitoare la comorbiditatea prin tulburări mentale, mulți indivizi cu insomnie primară au simptome de depresie care pot satisface criteriile pentru tulburarea depresivă majoră. Aceasta poate fi în legătură

cu consecințele psihosociale ale somnolenței excesive. Indivizii cu hipersomnie sunt, de asemenea, expuși riscului de tulburări în legătură cu o substanță, în special în legătură cu automedicația cu stimulante.

**Date de laborator asociate.** În hipersomnia primară, polisomnografia nocturnă demonstrează o durată de somn normală până la prelungită, latență de somn redusă, continuitate a somnului de la normală la crescută și distribuții normale ale somnului cu mișcări oculare rapide (REM) și somnului fără mișcări oculare rapide (NREM). Unii indivizi cu această tulburare pot avea cantități crescute de somn cu unde lente. Perioadele de somn cu debut de REM (apariția somnului REM în decursul a 20 de minute de la debutul somnului), perturbările de somn în legătură cu respirația și mișcările frecvente ale membrelor, și care întrerup somnul, nu sunt prezente. Testul de latență a somnului multiplu (TLSM) documentează somnolența fiziologică excesivă din cursul zilei, indicată de regulă prin valori medii ale latenței somnului de 5-10 minute. Somnul REM nu survine în cursul episoadelor de somn diurn. Polisomnografia nocturnă și TLSM nu relevă date caracteristice altor cauze de hipersomnie.

În forma recurentă Kleine-Levin a hipersomniei primare, studiile EEG de rutină efectuate în timpul perioadelor de hipersomnie arată o încetinire generală a ritmului de fond și bufee paroxistice de activitate teta. Polisomnografia nocturnă arată o creștere a timpului de somn total și o latență scurtă a somnului REM. Studiile TLSM confirmă somnolența fiziologică crescută, cu latențe de somn în general de mai puțin de 10 minute. Perioade REM la începutul somnului pot fi observate în cursul perioadelor simptomatice.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale asociate.** Indivizii cu hipersomnie primară par adesea somnoroși și pot chiar adormi în sala de așteptare a clinicianului. Un subset de indivizi cu hipersomnie primară au, de asemenea, simptome de disfuncție a sistemului nervos vegetativ, incluzând cefalei recurente de tip vascular, reactivitate a sistemului vascular periferic (fenomen Raynaud) și leșinuri. Indivizii cu forma recurentă Kleine-Levin pot avea date nespecifice la examenul neurologic incluzând diminuarea accentuată a reflexelor osteotendinoase, dizartrie și nistagmus.

## Elemente specifice etății și sexului

Atipeala voluntară crește cu etatea, dar acest fenomen normal este distinct de hipersomnia primară. Sindromul Kleine-Levin afectează bărbații de aproape trei ori mai frecvent decât femeile.

## Prevalență

Adevărata prevalență a hipersomniei primare în populația generală nu este cunoscută. Aproximativ 5%-10% dintre indivizii care se prezintă la clinicile de tulburări de somn cu acuze de somnolență diurnă sunt diagnosticați ca având hipersomnie primară. Forma recurentă de hipersomnie primară cunoscută ca sindrom Kleine-Levin este rară. Anchetele populaționale constată o acuză de somnolență diurnă la 0,5%–5% dintre adulți, fără a lua în considerație cauzele specifice sau diagnosticele. După ce alte cauze frecvente sunt clarificate, prevalența pe viață a hipersomniei semnificative clinic este de cel puțin 16%, iar incidența peste un interval de aproximativ 4 ani este de aproape 8%.

## Evoluție

Hipersomnia primară începe de regulă între etățile de 15 și 30 de ani, cu o progresiune graduală timp de săptămâni sau luni. Pentru cei mai mulți indivizi, evoluția este apoi cronică și stabilă, dacă nu este început tratamentul. Apariția altor tulburări de somn (de ex., tulburarea de somn în legătură cu respirația) poare înrăutăți gradul de somnolență. Sindromul Kleine-Levin începe, de asemenea, în adolescență și își poate continua evoluția sa periodică timp de decade, deși adesea se rezolvă la etatea medie.

## Pattern familial

Subgrupul de indivizi cu disfuncție vegetativă este foarte posibil să aibă mai mult decât alți indivizi cu insomnie primară, membri de familie cu hipersomnie primară. Sindromul Kleine-Levin nu demonstrează agregare familială.

## Diagnostic diferențial

Durata „normală" de somn variază considerabil în populația generală. **„Cei care dorm mult"** (adică, indivizii care necesită o cantitate de somn mai mare decât media) nu au somnolență excesivă diurnă, beție de somn sau comportament automat când obțin cantitatea necesară de somn nocturn. Dacă solicitările sociale sau profesionale duc la scurtarea somnului nocturn, pot apare simptome diurne. În hipersomnia primară, din contra, simptomele de somnolență excesivă apar indiferent de durata somnului nocturn.

Un **somn nocturn inadecvat cantitativ** poate produce simptome de somnolență diurnă foarte asemănătoare cu cele ale hipersomniei primare. O durată medie a somnului de mai puțin de 7 ore pe noapte sugerează intens un somn nocturn inadecvat, iar un somn de mai mult de 9 ore în medie în 24 de ore sugerează o hipersomnie primară. Indivizii cu somn nocturn inadecvat „recuperează" de regulă prin duratele mai lungi de somn din zilele când sunt liberi de solicitările sociale sau profesionale, sau în concedii. Contrar hipersomniei primare, somnul nocturn insuficient nu este posibil să dureze necurmat timp de decade. Un diagnostic de hipersomnie primară nu trebuie să fie pus dacă este vorba de luarea în considerație a adecvării duratei somnului nocturn. Un diagnostic și un trial terapeutic al extensiei somnului pentru 10-14 zile poate clarifica adesea diagnosticul.

Somnolența diurnă, care este un element caracteristic al hipersomniei primare, poate apare, de asemenea, în **insomnia primară**, dar somnolența sau fatigabilitatea este mai puțin severă la indivizii cu insomnie primară. Când somnolența diurnă este considerată a fi datorată insomniei, diagnosticul adițional de hipersomnie primară nu este pus.

Hipersomnia primară și **narcolepsia** sunt similare cu privire la gradul somnolenței diurne, etatea la debut și evoluția stabilă în decursul timpului, dar pot fi distinse pe baza elementelor clinice și de laborator. Indivizii cu hipersomnie primară au de regulă un somn mai lung și mai puțin întrerupt, dificultăți mai mari la deșteptarea din somn, o somnolență diurnă mai persistentă (ca opusă mai netului „atac de somn" din narcolepsie), episoade de somn diurn mai lungi și mai puțin reconfortante și puține vise sau deloc în timpul atipelilor diurne. Din contra, indivizii cu narcolepsie au cataplexie și intrusiuni recurente de elemente de somn REM în tranziția dintre somn și vigilitate (de ex., halucinații în legătură cu somnul

și paralizie de somn). TLSM demonstrează de regulă latențe de somn mai scurte (adică, somnolență fiziologică mai mare), precum și prezența unor perioade REM multiple la începutul somnului, la indivizii cu narcolepsie.

Indivizii cu hipersomnie primară și **tulburare de somn în legătură cu respirația** pot avea patternuri similare de somnolență excesivă. Tulburarea de somn în legătură cu respirația este sugerată de un istoric de stertor puternic, pauze în respirație în timpul somnului, traumatism cranian sau maladie cardiovasculară și prin prezența la examenul clinic a obezității, anomaliilor anatomice orofaringeale, hipertensiunii sau insuficienței cardiace. Studiile polisomnografice pot confirma prezența evenimentelor apneice în tulburarea de somn în legătură cu respirația (și absența lor în hipersomnia primară).

**Tulburarea de somn în legătură cu ritmul circadian** este adesea caracterizată prin somnolență diurnă. Un istoric de orar anormal de somn-vigilitate (cu schimbarea orelor sau ore neregulate) este prezent la indivizii cu tulburarea ritmului circadian de somn. **Parasomniile** produc rar un somn nocturn netulburat, prelungit sau somnolență diurnă caracteristică hipersomniei primare.

Hipersomnia primară trebuie distinsă de **tulburările mentale care includ hipersomnia ca element esențial sau asociat.** În special, acuzele de somnolență diurnă pot surveni într-un **episod depresiv major cu elemente atipice** și în faza depresivă a **tulburării bipolare**. Diagnosticul de hipersomnie primară nu este pus, dacă hipersomnia survine exclusiv în cursul altei tulburări mentale. O investigație detaliată pentru prezența altor tulburări mentale este esențială, înainte de a lua în discuție diagnosticul de hipersomnie primară. Un diagnostic de hipersomnie primară poate fi pus în prezența altor tulburări mentale curente sau a unei tulburări mentale anterioare, dacă se consideră că tulburarea mentală nu explică hipersomnia sau dacă hipersomnia și tulburarea mentală au o evoluție independentă (de ex., la un individ cu hipersomnie cronică, și care dezvoltă mai târziu o tulburare depresivă majoră). Din contra, când hipersomnia survine ca o manifestare a, și exclusiv în cursul, altei tulburări mentale, diagnosticul de hipersomnie în legătură cu altă tulburare mentală poate fi mai indicat. Acest diagnostic trebuie luat în considerație numai când hipersomnia este acuza principală și este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată; altfel, nu este necesar un diagnostic separeat. În general, testele de laborator pentru somnolența diurnă la indivizii cu hipersomnie în legătură cu o tulburare mentală arată adesea nivele de somnolență normală sau numai nivele ușoare în comparație cu indivizii cu hipersomnie primară.

Hipersomnia primară trebuie să fie distinsă de **tulburarea de somn datorată unei condiții medicale generale, de tip hipersomnie.** Diagnosticul este cel de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale, când hipersomnia este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale specifice (de ex., obezitate morbidă, tumoră cerebrală) (vezi pag. 651). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator sau examenul somatic. **Tulburarea de somn indusă de o substanță, de tip hipersomnie,** se distinge de hipersomnia primară prin faptul că o substanță (adică, un drog de abuz, un medicament, expunerea la un toxic) este considerată a fi etiologic în legătură cu hipersomnia (vezi pag. 655). De exemplu, hipersomnia survenind exclusiv în contextul abstinenței de cocaină va fi diagnosticată ca tulburare de somn indusă de cocaină, de tip hipersomnie, cu debut în timpul abstinenței.

## Relația cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Hipersomnia primară este analogul diagnosticului de hipersomnie idiopatică din Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS). În afară de aceasta, CITS mai include o categorie separată pentru hipersomnia recurentă, care este analogul formei recurente de hipersomnie primară.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.44 Hipersomnia Primară

A. Acuza predominantă o constituie somnolența excesivă pentru cel puțin o lună (sau mai puțin dacă este recurentă), evidențiată, fie prin episoade prelungite de somn, fie prin episoade de somn diurn care survin aproape zilnic.

B. Somnolența excesivă cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

C. Somnolența excesivă nu este explicată mai bine de insomnie și nu survine exclusiv în cursul evoluției altei tulburări de somn (de ex., narcolepsia, tulburarea de somn în legătură cu respirația, tulburarea ritmului circadian de somn-vigilitate sau parasomnia) și nu poate fi explicată printr-o cantitate inadecvată de somn.

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul altei tulburări mentale.

E. Perturbarea nu se datorează exclusiv efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* dacă:

**Recurentă:** dacă există perioade de somnolență excesivă care durează cel puțin 3 zile, survenind de mai multe ori într-un an, timp de cel puțin 2 ani.

# 347 Narcolepsia

## Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale narcolepsiei le constituie atacurile irezistibile repetate de somn reconfortant, cataplexia și intrusiunile recurente de elemente ale somnului cu mișcări oculare rapide (REM) în perioada de tranziție dintre somn și vigilitate. Somnolența individului diminuă de regulă după un atac de somn, pentru a reveni câteva ore mai târziu. Atacurile de somn trebuie să survină zilnic în cursul unei perioade de cel puțin 3 luni pentru a stabili diagnosticul (criteriul A), deși mulți indivizi descriu mulți ani de atacuri de somn înainte de a solicita atenție clinică. Pe lângă somnolență, indivizii cu narcolepsie experientează una sau ambele dintre cele care urmează: cataplexie (adică, episoade de pierdere subită, bilaterală și reversibilă a tonusului muscular, care durează de la câteva secunde la câteva minute și sunt precipitate de regulă de o emoție puternică) (criteriul B1) ori intrusiuni recurente de elemente ale somnului cu mișcări oculare rapide (REM) în tranziția dintre somn și vigilitate, manifestate prin paralizii ale mușchilor voluntari

ori halucinații asemănătoare visului (criteriul B2). Mulți experți în somn admit punerea diagnosticului și în absența cataplexiei sau a intrusiunii elementelor de somn REM, dacă individul prezintă somnolență patologică și două sau mai multe perioade REM la începutul somnului, în cursul testului de latență a somnului multiplu (TLSM). Simptomele nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (inclusiv ale unui medicament) sau altei condiții medicale generale (criteriul C). Deși narcolepsia este clasificată în capitolul dedicat de ICD condițiilor neurologice, ea este inclusă în această secțiune pentru a ajuta la efectuarea diagnosticului diferențial la indivizii cu somnolență excesivă, și este codificată pe axa I.

Episoadele de somnolență din narcolepsie sunt adesea descrise ca irezistibile și ducând la somn nonintențional în situații inadecvate (de ex., în timp ce conduce un automobil, participă la întâlniri ori susține o conversație). Substimularea, situațiile de activitate redusă exagerează de regulă gradul de somnolență (de ex., a adormi în timp ce citește, privește la televizor, audiază conferințe). Episoadele de somn durează în general 10-20 minute, dar pot dura chiar până la o oră, dacă nu sunt întrerupte. Sunt relatate frecvent vise. Indivizii au diverse procedee de a se „lupta" cu aceste atacuri de somn. Unii indivizi ațipesc intenționat în scopul menajării somnolenței lor. Indivizii cu narcolepsie au de regulă 2-6 episoade de somn (intenționat sau nonintențional) pe zi, când nu sunt tratați. Episoadele de somn se suprapun de regulă peste un grad normal de vigilitate, deși unii indivizi descriu în mod constant o somnolență de diverse grade.

Cataplexia apare adesea la mai mulți ani după debutul somnolenței diurne și survine la aproximativ 70% dintre indivizii cu tulburarea. Pierderea tonusului muscular în cataplexie poate fi subtilă, ducând la căderea mandibulei, pleoapelor, capului sau a membrelor, nesesizată de anturaj. Cataplexia poate fi, de asemenea, mai dramatică, iar individul poate scăpa obiectele pe care le transportă, i se pot deroba genunchii sau poate cădea realmente jos. Mușchii respiratori și mușchii oculari nu sunt afectați. Scăderea forței musculare durează de regulă numai câteva secunde, deși au fost descrise și perioade durând până la o jumătate de oră. Episoadele sunt urmate de revenirea completă la normal a forței musculare. În timpul episoadelor cataplectice, conștiința clară și vigilitatea sunt conservate. Indivizii pot descrie clar evenimentele și nu au nici o confuzie înainte sau după episod. Mai rar, episoadele prelungite de cataplexie pot duce la episoade de somn. Cataplexia este declanșată de regulă de un stimul emoțional puternic (de ex., furia, surpriza, râsul). Deprivarea de somn crește de regulă frecvența și severitatea episoadelor de cataplexie.

Aproximativ 20%-40% dintre indivizii cu narcolepsie experientează, de asemenea, o imagerie intensă asemănătoare visului, imediat înainte de a adormi (halucinații hipnagogice) sau imediat după deșteptarea din somn (halucinații hipnopompice). Halucinațiile în legătură cu somnul cele mai relatate sunt cele vizuale și încorporează elemente ale ambianței reale. De exemplu, indivizii pot descrie obiecte care apar prin fisurile din pereți sau descriu obiecte care se mișcă într-un tablou de pe perete. Halucinațiile pot fi și auditive (de ex., auzirea de intruși în casă) ori kinetice (de ex., senzația de zbor). Deși halucinațiile hipnagogice și hipnopompice sunt simptome importante printre indivizii cu narcolepsie, asemenea simptome sunt, de asemenea, prezente în aproximativ 10%-15% din populația generală. Aproximativ 30%-50% dintre indivizii cu narcolepsie experientează, de asemenea, paralizie de somn imediat ce adorm sau se deșteaptă

din somn. În aceste condiții, indivizii se descriu ca fiind vigili dar incapabili să se miște sau să vorbească. Ei se pot plânge, de asemenea, că sunt incapabili să respire, deși diafragmul este cruțat, iar respirația continuă. Trebuie notat însă că 40%-50% dintre cei care dorm normal relatează că au avut episoade izolate de paralizie cel puțin odată în cursul vieții lor. Halucinațiile în legătură cu somnul și paralizia de somn pot surveni simultan, ducând adesea la experiența terifiantă de a vedea sau auzi lucruri insolite și de a fi incapabil să se miște. Atât halucinațiile în legătură cu somnul, cât și paralizia de somn, durează de la câteva secunde la câteva minute și se termină spontan. Ambele fenomene (imageria mentală vie și atonia mușchilor scheletali) sunt considerate a rezulta din elementele disociate ale somnului REM care se intrud în vigilitate.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Unii indivizi cu narcolepsie experientează somnolență diurnă generalizată între atacurile separate de somn. Ei pot afirma că sunt capabili să doarmă în orice moment și în orice situație. Comportamentul automat, în care individul se angajează în activitate fără să fie pe deplin conștient, poate surveni ca rezultat al somnolenței profunde. Indivizii pot conduce, conversa sau chiar lucra în timpul episoadelor de comportament automat. Vise vii, intense, frecvente, pot surveni în timpul somnului nocturn. Indivizii cu narcolepsie experientează adesea un somn nocturn fragmentat, ca rezultat al unor deșteptări spontane sau al mișcărilor periodice ale membrelor. Mai rar, indivizii pot prezenta ca principală acuză, insomnia mai curând decât hipersomnia.

Indivizii cu narcolepsie pot ezita să se angajeze în activități sociale, din cauza fricii de a nu adormi sau de a nu avea un episod de cataplexie. Ei pot, de asemenea, tinde să prevină atacurile de cataplexie prin exercitarea unui control asupra emoțiilor lor, ceea ce poate duce la o lipsă generalizată de expresivitate care interferează cu relațiile sociale. Narcolepsia poate limita sever funcționarea în timpul zilei din cauza atacurilor de somn incontrolabile repetate, a comportamentului automat și a episoadelor de cataplexie. Indivizii cu narcolepsie riscă să fie vătămați accidental sau să vatăme pe alții din cauza adormirii în situații periculoase (de ex., în timp ce conduc un automobil sau manipulează un utilaj).

O tulburare mentală concomitentă sau un istoric de altă tulburare mentală poate fi constatată la aproximativ 40% dintre indivizii cu narcolepsie. Tulburările cele mai frecvent asociate sunt tulburările afective (în special tulburarea depresivă majoră și distimia), urmate de tulburările în legătură cu o substanță și anxietatea generalizată. Un istoric de parasomnii, cum ar fi somnambulismul, bruxismul (strângerea mandibulei și scrâșnitul din dinți), tulburarea de comportament din somnul cu mișcări oculare rapide (REM) și enurezisul, pare a fi mai frecvent la indivizii cu narcolepsie.

**Date de laborator asociate.** Datele din testul de latență a somnului multiplu (TLSM) includ o latență de somn medie de mai puțin de 5 minute și o apariție a somnului REM în cursul a două sau mai multe ațipeli pe un TLSM de cinci ațipeli. Aceste criterii TLSM vor identifica corect doi din trei indivizi cu narcolepsie. Studiile polisomnografice nocturne demonstrează frecvent latențe de somn de mai puțin de 10 minute și perioade REM la începutul somnului. Datele suplimentare la polisomnografie pot include deșteptări tranzitorii frecvente, scăderea eficienței somnului, creșterea stadiului 1 de somn, creșterea somnului REM și creșterea

frecvenței mișcărilor oculare în cursul perioadelor REM („densitatea REM"). Mișcări periodice ale membrelor și episoade de apnee de somn sunt remarcate adesea, dar ultimele apar mai puțin frecvent decât în tulburarea de somn în legătură cu respirația. Indivizii cu narcolepsie pot prezenta diferențe în amplitudinea sau orarul funcționării circadiene măsurate prin temperatura internă a corpului și activitatea motorie.

Tiparea antigenului leucocitar uman (HLA) al indivizilor cu narcolepsie arată prezența de HLA-DQB1*0602. Acest marker este prezent la aproape toți indivizii cu narcolepsie și cataplexie și este independent de etnia rasială. Însă, HLA-DQB1*0602 este prezent numai la 40% dintre indivizii cu narcolepsie fără cataplexie și este prezent în 20%-25% din populația generală. Alți markeri HLA variază în termenii sensibilității și specificității lor la diferite grupe rasiale.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Indivizii cu narcolepsie pot părea că dorm în cursul interviului clinic și al examinării, și pot adormi realmente în sala de așteptare sau în cabinetul medical. În cursul episoadelor de cataplexie, indivizii pot cădea de pe scaun și pot avea o vorbire dizartrică sau pleoapele căzute.

## Elemente specifice etății

Hiperactivitatea poate fi unul dintre semnele prezente la copii cu somnolență diurnă. Elementele clinice de nucleu și datele de laborator din narcolepsie la copii sunt similare cu cele de la adulți. Cataplexia și somolența diurnă ușoară pot fi însă mai dificil de identificat la copii decât la adulți.

## Prevalență

Studiile epidemiologice indică o prevalență de 0,02%–0,16% pentru narcolepsie în populația adultă, cu rate egale la bărbați și la femei.

## Evoluție

Somnolența diurnă este aproape totdeauna primul simptom de narcolepsie și devine de regulă semnificativă clinic în cursul adolescenței. Însă, la o analiză atentă, unele grade de somnolență pot fi prezente chiar de la etatea de preșcolar sau școlar mic. Debutul după etatea de 40 de ani este rar. La unii indivizi cu narcolepsie, somnolența excesivă nu poate fi identificată însă ca simptom al maladiei. Aceasta poate explica de ce la mulți indivizi, narcolepsia este diagnosticată pentru prima dată la mulți ani după debutul primelor simptome. Stresorii psihosociali acuți sau alterările acute ale orarului de somn-vigilitate premerg debutul în aproape jumătate din cazuri. Cataplexia poate apare concomitent cu somnolența, dar cel mai adesea apare la luni, ani sau chiar decade de la debutul somnolenței. Halucinațiile în legătură cu somnul și paralizia de somn sunt simptomele cele mai variabile ale tulburării și pot să nu apară la unii indivizi. Somnul nocturn întrerupt apare de regulă târziu în cursul tulburării, adesea când indivizii se află în anii 40 sau 50 ai vieții lor.

Somnolența excesivă a narcolepsiei are o evoluție stabilă în timp. Apariția altor tulburări de somn (de ex., mișcările periodice ale membrelor sau tulburarea de somn în legătură cu respirația) poate înrăutăți gradul de somnolență, în timp ce tratamentul cu medicamente stimulante o poate ameliora. Cataplexia are de regulă o evoluție stabilă, deși unii indivizi relatează o diminuare a simptomelor sau chiar

o dispariție completă a lor după mulți ani. În mod similar, halucinațiile în legătură cu somnul și paralizia de somn se pot remite în timp ce somnolența diurnă și atacurile de somn persistă.

## Pattern familial

Date din studiile HLA și studiile familiale sugerează clar rolul factorilor genetici în apariția narcolepsiei. Modul de eritare nu a fost precizat dar este probabil multifactorial. Aproximativ 5%—15% dintre rudele biologice de gradul I ale probanzilor cu narcolepsie au alte tulburări.Aproximativ 25%-50% dintre rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu narcolepsie au alte tulburări caracterizate prin somnolență excesivă (cum ar fi hipersomnia primară).

## Diagnostic diferențial

Narcolepsia trebuie să fie diferențiată de **variațiile normale ale somnului,** deprivarea de somn, alte tulburări de somn primare și de tulburarea de somn în legătură cu altă tulburare mentală, de tip hipersomnie. Mulți indivizi simt o oarecare somnolență în timpul zilei, în special după amiază, când survine o creștere a somnolenței fiziologice. Astfel de indivizi nu au însă somnul irezistibil la alte ore ale zilei și pot „lupta" contra somnolenței lor printr-un efort mental sau fizic crescut. În general ei nu experientează cataplexie, halucinații în legătură cu somnul sau paralizii de somn. Episoade de scădere a forței musculare pot surveni și la indivizii fără narcolepsie. Deși glumele și râsul sunt cei mai tipici declanșatori ai cataplexiei, episoadele care sunt declanșate exclusiv de stres sau de tensiune ori care survin în contextul efortului fizic este puțin probabil să reprezinte o cataplexie veritabilă.

**Deprivarea de somn** de orice cauză produce somnolență diurnă. Narcolepsia trebuie să fie diagnosticată, numai dacă individul a prezentat un ritm regulat de somn-vigilitate, cu o cantitate adecvată de somn nocturn. Deprivarea de somn și orariile de somn neregulate pot duce rar la halucinații în legătură cu somnul sau la paralizie de somn, dar nu la cataplexie.

Gradul de somnolență diurnă poate fi similar la indivizii cu narcolepsie și **hipersomnie primară.** In comparație cu indivizii cu narcolepsie, indivizii cu hipersomnie primară relatează în general un somn nocturn prelungit și mai puțin întrerupt. Somnolența diurnă din hipersomnia primară constă din perioade de somn mai prelungit, nereconfortant, care au mai puțină urgență decât „atacurile" de somn din narcolepsie și sunt mai puțin frecvent asociate cu vise. Indivizii cu hipersomnie primară nu prezintă cataplexie, halucinații în legătură cu somnul ori paralizie de somn. Polisomnografia nocturnă confirmă un somn mai puțin întrerupt și o latență REM normală la indivizii cu hipersomnie primară, iar TLSM nu arată perioade REM la începutul somnului.

Indivizii cu **tulburarea de somn în legătură cu respirația** experientează adesea o somnolență excesivă care este egală ca mărime cu cea a indivizilor cu narcolepsie. În plus, mulți indivizi cu narcolepsie pot prezenta un anumit grad de apnee de somn. Tulburarea de somn în legătură cu respirația se distinge de narcolepsie printr-un istoric de stertor intens, pauze în respirație care întrerup somnul nocturn, episoade de somn diurn nereconfortante, lungi, și absența simptomelor accesorii, cum ar fi cataplexia. Polisomnografia poate indica pauzele respiratorii (apneile) la indivizii cu tulburare de somn în legătură cu respirația. Dacă un individ prezintă un istoric indubitabil de narcolepsie împreună cu date polisomnografice

confirmante (REM la începutul somnului), și există, de asemenea, proba de tulburare de somn în legătură cu respirația în cursul polisomnografiei, ambele diagnostice pot fi puse. Dacă un individ are activitate REM la începutul somnului și apnee de somn în cursul polisomnografiei, dar nu are sindromul complet al narcolepsiei, atunci trebuie pus numai diagnosticul de tulburare de somn în legătură cu respirația.

Indivizii cu **hipersomnie în legătură cu altă tulburare mentală** pot relata o somnolență excesivă și vise intense. În special episoadele depresive majore cu elemente atipice și tulburarea bipolară, cel mai recent episod depresiv, comportă adesea o necesitate intensă de somn în cursul zilei. Indivizii cu tulburări afective au de regulă însă un somn nocturn perturbat deși prelungit, în contrast cu somnul fragmentat, scurt, din narcolepsie. Atipelile diurne nu sunt reconfortante la indivizii cu tulburări afective. În plus, acești indivizi nu au simptomele accesorii caracteristice narcolepsiei (de ex., cataplexia), deși indivizii care au tulburare depresivă majoră cu elemente psihotice se pot plânge de halucinații în apropierea somnului, dar și în alte momente. Studiile polisomnografice ale indivizilor cu tulburări afective pot revela o latență REM scurtă, dar de regulă nu atât de scurtă ca aceea văzută în narcolepsie. Latența somnului nocturn este, de asemenea, mai lungă la indivizii cu tulburări afective. În fine, testarea diurnă cu TLSM arată un grad mai redus de somnolență fiziologică și perioade REM la începutul somnului rare la indivizii cu tulburări afective. Deci, „somnolența" la acești indivizi pare a fi mai mult o manifestare a lentoarei psiho motorii și anergiei.

**Uzul sau abstinența de substanțe** (inclusiv de medicamente) pot produce unele simptome de narcolepsie. Agoniștii colinergici (inclusiv pesticidele anticolinesterazice) pot întrerupe continuitatea somnului și crește somnul REM. Efecte similare pot rezulta din întreruperea bruscă a agenților anticolinergici, inclusiv a antidepresivelor triciclice. Reserpina și metildopa pot crește somnul REM și produce somnolență. Abstinența de stimulante poate produce o somnolență severă. Un diagnostic de **tulburare de somn indusă de o substanță, de tip hipersomnie**, poate fi justificat dacă simptomele sunt considerate a fi datorate efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (vezi pag. 655). Invers, un diagnostic de narcolepsie nu trebuie pus dacă individul ia sau a încetat recent să ia astfel de substanțe.

Narcolepsia trebuie să fie distinsă de tulburarea de somn datorată unei condiții medicale generale, de tip hipersomnie. Diagnosticul este cel de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale, când simptomele sunt considerate a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale specifice (de ex., traumatism cranian închis sau tumoră hipotalamică (vezi pag. 651) .

## Relațiile cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Diagnosticul de narcopelsie din Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS) include aceleași elemente esențiale ca și diagnosticul DSM-IV.

### Criteriile de diagnostic pentru 347 Narcolepsie

A. Atacuri irezistibile de somn reconfortant survenind zilnic, timp de cel puțin 3 luni.

B. Prezența uneia sau a ambelor, din cele ce urmează:

(1) cataplexie (adică, scurte episoade de pierdere bilaterală a tonusului muscular, cel mai adesea în asociere cu o emoție intensă);

(2) intruziuni recurente de elemente ale somnului cu mișcări oculare rapide (REM) în tranziția de la somn la vigilitate, manifestate fie prin halucinații hipnopompice sau hipnagogice, ori paralizie de somn, la începutul sau la terminarea episoadelor de somn.

C. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale altei condiții medicale generale.

## 780.59 Tulburarea de Somn în legătură cu Respirația

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de somn în legătură cu respirația îl constituie întreruperea somnului, ducând la somnolență excesivă sau, mai puțin frecvent, la insomnie, considerată a fi datorată anomaliilor de ventilație din timpul somnului (de ex., apneea de somn sau hipoventilația alveolară centrală) (criteriul A). Această întrerupere a somnului nu trebuie să fie explicată mai bine de o tulburare mentală și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (inclusiv medicamente) sau ale unei condiții medicale generale care produce simptome de somn printr-un alt mecanism decât respirația anormală (criteriul B).

Somnolența excesivă este cea mai frecventă acuză pe care o prezintă indivizii cu tulburarea de somn în legătură cu respirația. Somnolența rezultă din deșteptările frecvente din timpul somnului nocturn, pentru că individul încearcă să respire normal. Somnolența este mai evidentă în situațiile de relaxare, cum ar fi acelea în care individul citește sau privește la televizor. Incapacitatea individului de a controla somnolența poate fi evidentă la întrunirile plicticoase sau în timp ce vizionează filme, piese de teatru ori audiază concerte. Când somnolența este extremă, persoana respectivă poate adormi în timp ce conversează. mănâncă, merge sau conduce un vehicul. Atipelile tind a fi nereconfortante și pot fi acompaniate de o cefalee surdă la deșteptare. Pot exista, însă, variații considerabile în intensitatea somnolenței. Impactul somnolenței poate fi minimalizat de individ, care se arată a fi mândru de faptul că poate dormi oriunde și oricând.

Insomnia, deșteptările frecvente sau somnul nereconfortant sunt mai puțin frecvente decât somnolența diurnă ca acuză prezentată de indivizii cu tulburare de somn în legătură cu respirația. Unii indivizi se pot plânge de dificultate în respirație, în timp ce se află în decubit dorsal sau dorm.

Evenimentele respiratorii anormale din timpul tulburării de somn în legătură cu respirația includ apnei (episoade de încetare a respirației), hipopnei (încetinire

anormală a respirației sau respirație superficială) și hipoventilație (nivele sanguine anormale ale oxigenului și bioxidului de carbon). Au fost descrise trei forme de tulburare de somn în legătură cu respirația: sindromul de apnee de somn obstructivă, sindromul de apnee de somn centrală și sindromul de hipoventilație alveolară centrală. Un termen mai vechi, sindromul Pickwick, a fost utilizat pentru a descrie indivizii obezi cu o combinație de sindrom de apnee de somn obstructivă și hipoventilație care deșteaptă din somn ca și hipoventilație în legătură cu somnul.

*Sindromul de apnee de somn obstructivă* este cea mai frecventă formă de tulburare de somn în legătură cu respirația. Acesta este caracterizat prin episoade repetate de obstrucție a căilor aeriene superioare (apnei și hipopnei) în cursul somnului. Stimulul central pentru respirație și mișcările respiratorii ale toracelui și abdomenului este prezervat. Acest sindrom survine de regulă la indivizii supraponderali și duce la acuza de somnolență excesivă. Sindromul de apnee de somn obstructivă se caracterizează prin stertor intens sau scurte anhelații (gâfâieli) alternând cu perioade de silențium respirator care durează de regulă 20–30 secunde. Stertorul este cauzat de respirația printr-o cale aeriană obstruată parțial. Perioadele de silențium sunt cauzate de apneile obstructive, cu încetarea respirației cauzată de obstrucția completă a căii aeriene. De regulă, stertorul intens este prezent de mai mulți ani, adesea din copilărie, iar creșterea severității sale poate face pe individ să solicite examinarea medicală. Stertorul este în mod frecvent suficient de intens pentru a perturba somnul celor din imediata apropiere. Încetarea respirației, durând uneori mai mult de 60-90 secunde, și asocierea cu cianoza pot fi, de asemenea, motive de preocupare pentru partenerii de pat. Terminarea evenimentului apneic poate fi asociată cu roncusuri „resuscitative" intense, anhelații, suspine sau murmure, ori mișcări ale întregului corp. Partenerul de pat trebuie să se mute în alt pat sau în altă cameră, ca urmare a faptului că este afectat de stertorul, anhelațiile și mișcările individului. Indivizii cei mai afectați sunt inconștienți de intensitatea stertorului, de dificultatea în respirație și de deșteptările frecvente din somn. Însă, unele persoane, în special persoanele în etate, sunt extrem de conștiente de perturbarea de somn și se prezintă cu acuza unor deșteptări frecvente și somn nereconfortant. Unii indivizi fără obstrucție francă a căilor aeriene prezintă deșteptări din somn asociate cu creșterea rezistenței căilor aeriene (denumită uneori *sindrom de rezistență a căilor aeriene superioare* sau *deșteptări din somn în legătură cu un evenimen respirator).* Acești indivizi au multe caracteristici clinice comune cu indivizii cu sindromul apneii de somn obstructive.

*Sindromul apneei de somn centrale* este caracterizat prin încetarea episodică a ventilației în cursul somnului (apnei și hipopnei) fără obstrucția căilor aeriene. Așadar, în contrast cu evenimentele apneice obstructive, apneile centrale nu sunt asociate cu mișcări respiratorii continue ale peretelui toracic și abdominal și survin mai frecvent la persoanele în etate, ca rezultat al unor condiții cardiace sau neurologice care afectează reglarea respiratorie. Indivizii se prezintă cel mai adesea cu acuze de insomnie datorată deșteptărilor repetate, pe care ei le pot asocia sau nu cu dificultățile respiratorii. Indivizii cu apnee de somn centrală pot avea un stertor ușor, dar care nu este o acuză proeminentă.

*Sindromul de hipoventilație alveolară centrală* este caracterizat printr-o deteriorare a controlului ventilator care duce la nivele anormal de scăzute ale oxigenului arterial, înrăutățite în plus prin somn (hipoventilație fără apnei sau hipopnei). Pulmonii indivizilor cu această tulburare au proprietăți mecanice normale. Această formă survine cel mai frecvent la indivizii supraponderali, și poate fi asociată cu o acuză, fie de somnolență excesivă, fie de insomnie.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Individul cu tulburare de somn în legătură cu respirația se poate plânge de disconfort nocturn în piept, de senzație de asfixie, de sufocare ori de anxietate intensă în asociere cu evenimente apneice sau cu hipoventilația. Mișcările corpului asociate cu dificultățile în respirație pot fi violente, iar indivizii cu tulburarea de somn în legătură cu respirația sunt descriși adesea ca dormitori neliniștiți. Indivizii cu această tulburare se simt de regulă nereconfortați la deșteptare, și pot afirma că sunt mai extenuați dimineața decât atunci când merg la culcare. Ei pot, de asemenea, descrie beție de somn (adică, dificultate extremă în a se deștepta, confuzie și comportament inadecvat). Este comună uscarea severă a gurii, ceea ce determină adesea persoana să bea apă în cursul nopții sau dimineața, la deșteptare. Nicturia survine cel mai adesea odată cu progresiunea simptomelor. Cefaleile matinale generalizate, surde, pot dura 1 sau 2 ore după deșteptare.

Somnolența poate duce la perturbarea memoriei, concentrare redusă, iritabilitate și modificare de personalitate. Tulburările afective (în special, tulburarea depresivă majoră și tulburarea distimică), tulburările anxioase (în special, panica) și demența sunt asociate frecvent cu tulburarea de somn în legătură cu respirația. Indivizii pot avea, de asemenea, o reducere a libidoului și a capacității de erecție. Rar, disfuncția erectilă este acuza prezentată a sindromului de apnee de somn obstructivă. Copiii cu tulburare de somn în legătură cu respirația pot avea întârziere în dezvoltare și dificultăți de învățare, atenție scăzută și comportament hiperactiv. Somnolența diurnă excesivă poate duce la accidente (de ex., a adormi în timp ce conduce un vehicul) și poate cauza, de asemenea, o deteriorare socială și profesională severă, care duce la pierderea serviciului, la probleme maritale și familiale, și la scăderea performanței școlare.

**Date de laborator asociate.** Fiecare dintre sindroamele majore ale tulburării de somn în legătură cu respirația produce anomalii specifice. În sindromul de apnee de somn obstructivă, polisomnografia nocturnă indică episoade apneice mai lungi de 10 secunde ca durată (de regulă 20–40 secunde), cu rare episoade durând până la câteva minute. Hipopneile sunt caracterizate printr-o reducere a fluxului de aer. Ambele tipuri de evenimente sunt asociate cu o reducere a saturației oxihemoglobinei. Sindromul de apnee de somn centrală poate include respirația Cheyne-Stokes (adică, un pattern de respirație periodică constând din apnee, un episod de hiperventilație de 10-60 secunde consecutiv apneii și o reducere graduală a ventilației, culminând cu o altă apnee). În sindromul de hipoventilație alveolară centrală, survin perioade de reducere a respirației durând până la câteva minute, cu desaturarea persistentă în oxigen a sângelui arterial și creșterea nivelelor de bioxid de carbon. Alte elemente ale polisomnografiei nocturne la indivizii cu tulburarea de somn în legătură cu respirația includ durata scurtă a somnului, deșteptări frecvente, creșterea cantității stadiului 1 de somn și reducerea cantităților de somn cu unde lente și de somn cu mișcări oculare rapide (REM). Deșteptările care survin la terminarea evenimentelor apneice și de hipoventilație pot fi foarte scurte (câteva secunde).

Apneea, hipopneea și hipoventilața pot produce și alte perturbări: desaturarea oxihemoglobinei, anomalii EEG, creșterea presiunii arteriale pulmonare și sistemice, și deșteptări tranzitorii, pe măsură ce individul termină un episod de

perturbare respiratorie. În timpul somnului, survin frecvent aritmii cardiace la indivizii cu tulburare de somn în legătură cu respirația și pot include aritmii sinusale, contracții ventriculare premature, bloc atrioventricular sau stop sinusal. Bradicardia urmată de tahicardie este observată frecvent în asociere cu episoadele apneice. Deșteptările nocturne frecvente și desaturarea oxihemoglobinei pot duce la somnolență excesivă care poate fi detectată prin testul de latență a somnului multiplu (TLSM) sau alte teste de somnolență. Latența de somn medie la TLSM este adesea de mai puțin de 10 minute și poate fi de mai puțin de 5 minute (în mod normal este de 10-20 minute).

Măsurătorile gazului în sângele arterial în stare de vigilitate sunt de regulă normale, dar unii indivizi cu sindrom de apnee de somn obstructivă sau cu sindrom de hipoventilație pot avea hipoxemie sau hipercarbie în stare de vigilitate. Cefalometria cu raze X, imagistica cu rezonanță magnetică (RMN), tomografia computerizată (TC) și endoscopia cu fibre optice, pot indica obstrucția căilor aeriene superioare. Testarea cardiacă poate indica existența unei alterări a funcției ventricolului drept. Indivizii pot avea, de asemenea, valori crescute ale hemoglobinei sau hematocritului din cauza hipoxemiei nocturne repetate. Datele polisomnografice de la copii diferă de cele de la adulți prin aceea că cei mai mulți copii prezintă o respirație grea, hipoventilație obstructivă parțială cu desaturări ciclice, hipercapnie, mișcări paradoxale și stertor.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Majoritatea indivizilor cu sindrom de apnee de somn obstructivă și cu sindrom de hipoventilație alveolară centrală sunt supraponderali și observă o creștere în severitatea simptomelor, odată cu creșterea greutății corporale. Îngustarea căilor aeriene superioare poate surveni din cauza grosimii excesive a țesuturilor moi. În special indivizii cu dimensiuni mari ale nasului (de ex., o circumferință a nasului mai mare de 17 inci la un bărbat și mai mare de 16 inci la o femeie) sunt expuși unui risc mai mare de a prezenta apnee de somn obstructivă. Sindromul de apnee de somn obstructivă, care survine la indivizii cu greutate corporală normală sau subnormală, sugerează o obstrucție a căilor aeriene superioare datorată unei anomalii structurale localizate, definibile, cum ar fi o malformație maxilo-mandibulară ori o hipertrofie adenotonsilară. Obstrucția căilor aerie nenazale poate fi, de asemenea, prezentă. Indivizii pot avea o respirație sonoră, chiar în stare vigilă. Refluxul gastroesofagian cu „pirozis" dureros sever poate surveni în sindromul de apnee de somn obstructivă, în asociere cu efortul de a restabili respirația în timpul somnului. Indivizii cu sindrom de apnee de somn centrală sunt mai puțin frecvent supraponderali sau nu au obstrucții demonstrabile ale căilor aeriene superioare.

Hipertensiunea sistemică cu presiune diastolică crescută este asociată frecvent cu tulburarea de somn în legătură cu respirația. Unii indivizi, în special cei cu maladie pulmonară obstructivă cronică sau cu hipoventilație alveolară, au în mod continuu valori scăzute ale saturației în oxigen în timpul somnului și sunt predispuși la dezvoltarea de hipertensiune pulmonară și insuficiență cardiacă dreaptă (cor pulmonale), congestie hepatică și edeme gambiere asociate.

Indivizii cu tulburare de somn în legătură cu respirația pot avea o anomalie subiacentă în controlul neurologic al musculaturii căilor aeriene superioare sau al ventilației în timpul somnului. Tulburările care afectează controlul ventilației se manifestă de regulă ca sindrom de apnee centrală de somn. Unii indivizi cu condiții neurologice au o leziune specifică afectând controlul mușchilor faringieni, care poate duce la sindromul de apnee de somn obstructivă.

Tulburarea de somn în legătură cu respirația poate fi asociată cu condiții medicale generale sistemice sau neurologice. De exemplu, apneea de somn obstructivă poate rezulta din mărirea limbii datorată acromegaliei, țesutului tiroidian lingual sau chisturilor, ori paraliziei corzilor vocale, așa cum se observă în sindromul Shy-Dräger. Funcția cardiacă, deteriorată din cauza reducerii debitului cardiac, poate duce la apnee de somn ca în condițiile neurologice care afectează controlul respirației de către trunchiul cerebral, cum ar fi siringobulbia sau tumorile de trunchi cerebral.

## Elemente specifice etății și sexului

La copiii mai mici, semnele și simptomele tulburării de somn în legătură cu respirația (aproape exclusiv sindrom de apnee de somn obstructivă) sunt mai subtile decât cele de la adulți, iar diagnosticul este mai dificil de stabilit. La copii, polisomnografia este extrem de utilă în confirmarea diagnosticului. Stertorul, care este caracteristic sindromului de apnee de somn obstructivă al adultului, poate să nu fie prezent. Deșteptările agitate și postúrile de somn anormale, cum ar fi dormitul cu capul pe mâini și cu capul pe genunchi, survin frecvent. Enurezisul nocturn este, de asemenea, comun și trebuie să deștepte suspiciunea unui sindrom de apnee de somn obstructivă, dacă survine la un copil care era anterior uscat noaptea. Copiii pot, de asemenea, prezenta somnolență diurnă excesivă, deși aceasta nu este atât de frecventă și de pronunțată ca la adulți. Respirația diurnă orală, dificultatea în deglutiție și articularea defectuoasă în vorbire sunt, de asemenea, elemente comune la copii. La copiii sub etatea de 5 ani, simptomele diurne cum ar fi somnolența și problemele de comportament, dificultățile de atenție și învățare și cefaleile matinale sunt cel mai adesea în centrul atenției. La examenul somatic, poate fi observat pectum excavatum și coastele ieșite în afară. Dacă este asociat cu o hipertrofie adenotonsilară (cea mai frecventă cauză de apnee de somn obstructivă la copii), poate fi observat faciesul „adenoid" tipic cu o expresie stupidă, edeme periorbitare și respirație orală.

Sindromul de apnee de somn obstructivă este mai frecvent la etatea medie, la bărbații supraponderali și la copiii prepubertari cu amigdale hipertrofice. Îmbătrânirea duce la o creștere a frecvenței, atât a elementelor apneice obstructive, cât și a celor centrale, chiar printre indivizii sănătoși asimptomatici. Deoarece un anumit grad de apnee poate fi normal odată cu îmbătrânirea, rezultatele polisomnografice trebuie să fie interpretate în acest context. Pe de altă parte, simptomele semnificative clinic de insomnie și hipersomnie trebuie să fie investigate, indiferent de etatea individului, iar diagnosticul de tulburare de somn în legătură cu respirația trebuie să fie pus, dacă o perturbare respiratorie explică cel mai bine simptomele.

La adulți, proporția bărbați/femei cu sindrom de apnee de somn obstructivă merge de la 2:1 la 4:1. Printre copiii prepubertari nu există diferențe de sex. La adulți, evenimentele apneice centrale par a fi mai frecvente la bărbați decât la femei, deși această diferență este mai puțin evidentă după menopauză.

## Prevalență

Prevalența tulburării de somn în legătură cu respirația, asociată cu apneea de somn obstructivă, este estimată a fi de 1%-10% în populația adultă, dar poate fi și mai mare la indivizii mai în etate. Prevalența tulburării de somn în legătură cu

respirația variază considerabil în funcție de pragul de frecvență al evenimentelor apneice. Prevalența sindromului de apnee de somn centrală nu este cunoscută precis, dar este estimată a fi 10% din rata sindromului de apnee de somn obstructivă.

## Evoluție

Sindromul de apnee de somn obstructivă poate surveni la orice etate, dar cei mai mulți indivizi care se prezintă pentru examinare sunt în etate de 40–60 ani (la femei, este foarte posibil să apară apneea de somn obstructivă după menopauză). Apneea de somn centrală este observată mai frecvent la indivizii mai în etate, cu maladii ale sistemului nervos central sau cardiace. Sindromul de hipoventilație alveolară centrală și sindromul de apnee de somn centrală pot apare la orice etate.

Tulburarea de somn în legătură cu respirația are un debut insidios, progresiune graduală și evoluție cronică. Cel mai adesea, tulburarea este prezentă deja de mulți ani, în momentul diagnosticării. Rezolvarea spontană a sindromului de apnee de somn obstructivă a fost relatată odată cu pierderea în greutate, dar de regulă evoluția este progresivă și poate duce în final la moarte prematură printr-o maladie cardiovasculară sau aritmie. Sindromul de apnee de somn centrală are, de asemenea, o evoluție cronică nonremitentă, deși tratamentul condițiilor medicale subiacente poate ameliora perturbarea respiratorie. Adulții cu sindrom de hipoventilație alveolară centrală au o evoluție mai lent progresivă.

## Pattern familial

A fost descrisă o tendință familială la sindromul de apnee de somn obstructivă.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de somn în legătură cu respirația trebuie să fie diferențiată de alte cauze de somnolență, cum ar fi narcolepsia, hipersomnia primară și tulburarea ritmului circadian de somn. Tulburarea de somn în legătură cu respirația poate fi diferențiată de **narcolepsie** prin absența cataplexiei, a halucinațiilor în legătură cu somnul și a paraliziei de somn, și prin prezența unui stertor intens, anhelație în timpul somnului ori observarea de apnei sau de respirație superficială în somn. Episoadele de somn diurn din narcolepsie sunt în mod caracteristic mai scurte, mai reconfortante, și cel mai adesea, asociate cu vise. Tulburarea de somn în legătură cu respirația prezintă apnei caracteristice sau hipoventilație în cursul studiilor polisomnografice nocturne, iar narcolepsia duce la multiple perioade de REM la începutul somnului în cursul TLSM. Unii indivizi au concomitent narcolepsie și tulburare de somn în legătură cu respirația. Tulburarea de somn în legătură cu respirația poate fi distinsă de **hipersomnia primară** și de **tulburarea ritmului circadian de somn** pe baza prezenței datelor clinice sau de laborator ale sindromelor de apnee de somn obstructivă, de apnee de somn centrală ori de hipoventilație alveolară centrală. Diagnosticul diferențial exact, între hipersomnia primară și tulburarea de somn în legătură cu respirația, poate necesita studii polisomnografice.

**Hipersomnia în legătură cu episodul depresiv major** poate fi distinsă de tulburarea de somn în legătură cu respirația prin prezența sau absența altor simptome caracteristice (de ex., dispoziție depresivă și pierderea interesului într-un episod depresiv major și stertorul și anhelația în cursul tulburării de somn în legătură cu respirația).

Indivizii cu tulburarea de somn în legătură cu respirația trebuie, de asemenea, să fie diferențiați de **alți adulți asimptomatici care sforăie**. Această diferențiere poate fi făcută pe baza acuzei de insomnie sau hipersomnie prezentate, a intensității mai mari a sforăitului și prezenței unui istoric caracteristic, a semnelor și simptomelor de tulburare de somn în legătură cu respirația. Pentru indivizii care se plâng de insomnie, **insomnia primară** poate fi diferențiată de tulburarea de somn în legătură cu respirația prin absența acuzelor (ori a relatărilor de la partenerii de pat) de dificultate în respirație în timpul somnului și absența istoricului, a semnelor și simptomelor caracteristice de tulburare de somn în legătură cu respirația.

**Atacurile de panică nocturne** pot include simptome de anhelație sau de sufocare în timpul somnului, care pot fi dificil de distins clinic de tulburarea de somn în legătură cu respirația. Însă, frecvența mai redusă a episoadelor, excitația vegetativă intensă și lipsa somnolenței excesive diferențiază atacurile de panică nocturnă de tulburarea de somn în legătură cu respirația. Polisomnografia la indivizii cu atacuri de panică nocturnă nu relevă patternuri tipice de apnee, hipoventilație sau desaturare în oxigen caracteristice tulburării de somn în legătură cu respirația.

**Tulburarea hiperactiviztate-deficit de atenție** la copii poate include simptome de inatenție, deteriorare școlară și hiperactivitate, toate fiind simptome și ale apneii de somn a copilăriei. Prezența altor semne și simptome de apnee de somn a copilăriei (de ex., respirație dificilă sau stertor în timpul somnului și hipertrofie adenotonsilară) ar trebui să sugereze prezența unei tulburări de somn în legătură cu respirația.

Diagnosticul de tulburare de somn în legătură cu respirația este adecvat în prezența unei **condiții medicale generale** care cauzează insomnie sau hipersomnie prin mecanismul deteriorării ventilației în cursul somnului. De exemplu, un individ cu hipertrofie amigdaliană, care are dificultăți de somn în legătură cu stertorul și apneile de somn obstructive trebuie să primească diagnosticul de tulburare de somn în legătură cu respirația, pe axa I, și de hipertrofie amigdaliană, pe axa III. Din contra, tulburarea de somn datorată unei condiții medicale generale este adecvată, dacă o condiție medicală generală sau neurologică cauzează simptome în legătură cu somnul printr-un alt mecanism decât perturbarea respirației. De exemplu, indivizii cu artrită sau insuficiență renală se pot plânge de insomnie sau hipersomnie, dar aceasta nu rezultă din alterarea respirației în cursul somnului.

**Uzul sau abstinența de o substanță** (inclusiv de medicamente) poate produce insomnie sau hipersomnie similare celor din tulburarea de somn în legătură cu respirația. Un istoric atent este de regulă suficient pentru a indica substanța relevantă, iar urmărirea atentă indică perturbarea de somn după întreruperea substanței. În alte cazuri, uzul unei substanțe (de ex., alcool, barbiturice, benzodiazepine sau tabac) s-a arătat a fi asociat cu tulburarea de somn în legătură cu respirația. Un individ cu simptome și semne concordante cu tulburarea de somn în legătură cu respirația trebuie să primească acest diagnostic, chiar în prezența uzului concomitent al unei substanțe care exacerbează condiția.

## Relația cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Tulburarea de somn în legătură cu respirația este identificată în trei sindrome mai specifice din Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS): sindromul de apnee de somn obstructivă, sindromul de apnee de somn centrală și sindromul de hipoventilație alveolară centrală.

### Criteriile de diagnostic pentru 780.59 Tulburarea de Somn în Legătură cu Respirația

A. Întrerupere a somnului, ducând la somnolență excesivă sau insomnie, care este considerată a fi datorată unei condiții respiratorii în legătură cu somnul (de ex., sindromul de apnee de somn obstructivă sau sindromul de hipoventilație alveolară centrală).

B. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale altei condiții medicale generale (alta decât o tulburare în legătură cu respirația).

**Notă de codificare:** A se codifica, de asemenea, tulburarea de respirație în legătură cu somnul, pe axa III.

## 307.45 Tulburarea Ritmului Circadian de Somn (*anterior* Tulburarea Ritmului Somn-Veghe)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării ritmului circadian de somn îl constituie un pattern persistent sau recurent de întrerupere a somnului, care rezultă dintr-o inadecvare între sistemul de somnvi-gilitate circadian endogen al individului, pe de o parte, și solicitările externe referitoare la orariul și durata somnului, pe de altă parte (Criteriul A). În contrast cu alte tulburări primare de somn, tulburarea ritmului circadian de somn nu rezultă din mecanisme care generează somnul și vigilitatea per se. Ca urmare a acestei inadecvări circadiene, indivizii cu această tulburare se pot plânge de insomnie în anumite momente ale zilei și de somnolență excesivă în altele, cu deteriorarea rezultantă în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare sau detresă subiectivă marcată (criteriul B). Problemele somnului nu sunt explicate mai bine de alte tulburări de somn ori de alte tulburări mentale (criteriul C) și nu sunt datorate efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale (criteriul D).

Diagnosticul de tulburare a ritmului circadian de somn trebuie rezervat acelor prezentări în care individul are o deteriorare socială sau profesională semnificativă, sau o detresă marcată în legătură cu perturbarea somnului. Indivizii variază foarte mult sub aspectul capacității lor de a se adapta la schimbările și solicitările cotidiene. Mulți, dacă nu cei mai mulți indivizi cu simptome de tulburare a somnului în legătură cu ritmul circadian nu solicită tratament și nu prezintă simptome de suficientă severitate pentru a justifica un diagnostic. Cei care se prezintă pentru examinare din cauza acestei tulburări sunt cel mai adesea afectați de severitatea sau persistența simptomelor lor. De exemplu, nu este rar ca muncitorii care lucrează în ture să se prezinte pentru examinare după ce au adormit în timpul serviciului sau în timp ce conduceau un vehicul.

Diagnosticul de tulburare a ritmului circadian de somn se bazează în primul rând pe istoricul clinic, incluzând patternul de activitate, somnul, atipelile și „timpul liber".

Istoricul trebuie, de asemenea, să examineze tentativele anterioare de acomodare cu simptomele, cum ar fi încercările de avansare a orarului de somn-vigilitate în tipul de fază de somn întârziat. Calendarele destinate consemnării orelor de somn și vigilitate sau diagramele de somn sunt adesea un auxiliar util în diagnostic.

## Subtipuri

**Tipul de fază de somn întârziat.** Acest tip de tulburare a ritmului circadian de somn se caracterizează printr-o întârziere a ritmurilor circadiene, inclusiv a ciclului somn-vigilitate, în raport cu cererile societății. Măsurările ritmurilor circadiene endogene (de ex., temperatura internă a corpului, nivelele melatoninei plasmatice) din cursul orariului de somn-vigilitate (de regulă, întârziat) al individului reflectă această întârziere. Indivizii cu acest subtip se presupune că au o capacitate diminuată anormal pentru orele de somn-vigilitate în avans de fază (adică, de a deplasa somnul și vigilitatea spre ore mai timpurii) ori o alterare în alinierea uzuală a somnului cu alte ritmuri circadiene. Ca urmare a acestui fapt, acești indivizi se „culcă" de regulă la ore târzii și au mari dificultăți în a deplasa aceste ore de somn mai înainte. Faza circadiană de somn este stabilă: indivizii se vor culca și se vor deștepta la ore concordante, deși târzii când sunt lăsați la dispoziția propriului lor orar de somn (de ex., în weekend sau în concediu).Indivizii afectați se plâng de dificultate în a adormi la ore acceptabile social, dar odată ce adorm, somnul este normal. Concomitent, există dificultăți în deșteptarea la ore acceptabile social (de ex., soneria ceasului este adesea incapabilă să deștepte individul din somn). Mulți indivizi cu această tulburare vor fi cronic deprivați de somn, ca rezultat al necesității de a se deștepta dimineața pentru obligațiile sociale și ocupaționale. Poate surveni somnolența în timpul perioadei de vigilitate dorite.

**Tipul de decalaj de fus orar.** În acest tip de tulburare a ritmului circadian de somn, ciclul circadian de somn-vigilitate endogen este normal, iar tulburarea apare din conflictul dintre patternul de somn și vigilitate generat de sistemul circadian și patternul de somn cerut de o zonă orară nouă. Indivizii cu acest tip se plâng de o inadecvare între orele dorite și cele cerute de somn și vigilitate. Severitatea inadecvării este proporțională cu numărul de zone orare traversate, cu maximum de dificultăți notate adesea după călătoria prin opt sau mai multe fuse orare în mai puțin de 24 de ore. Călătoria spre est (avansarea orelor de somn-vigilitate) este de regulă, pentru cei mai mulți indivizi, mai dificil de tolerat decât călătoria spre vest (amânarea orelor de somn-vigilitate).

**Tipul de lucru în ture.** În acest tip de tulburare a ritmului circadian de somn, ciclul circadian de somn-vigilitate endogen este normal, iar tulburarea provine din conflictul dintre patternul de somn și vigilitate generat de sistemul circadian și patternul dorit de somn și vigilitate cerut de lucrul în ture. Orariile de tură de noapte (cu revenirea la orariul de zi, câteva zile mai târziu) și orariile de ture prin rotație sunt cele mai perturbante, deoarece ele forțează somnul și vigilitatea în poziții circadiene aberante, și previn orice adaptare constantă. Muncitorii cu aceste ture au de regulă o durată de somn mai scurtă și perturbări mai frecvente în continuitatea somnului decât muncitorii care lucrează dimineața sau după amiază. Invers, acești indivizi se pot simți somnoroși sau pot adormi în timpul perioadei de vigilitate dorite,

adică în mijlocul turei de lucru de noapte. Orariile de lucru care implică ture care se rotează mai lent sau rotarea la turele anterioare în mod progresiv (adică, noapte, după amiază, zi) (tura III – tura II – tura I) sunt, de asemenea, asociate cu un grad mare de perturbare a somnului și alte acuze, decât alte tipuri de orarii de ture prin rotație. Inadecvarea circadiană a tipului de lucru în ture este apoi exacerbată de timpul de somn insuficient, de solicitările sociale și familiale, uzul de alcool și de perturbările ambientale (de ex., telefonul, vacarmul traficului) în timpul orelor de somn intenționate.

**Tip nespecificat.** Acest tip de tulburare a ritmului circadian de somn trebuie să fie indicat dacă este prezent alt pattern de perturbare circadiană de somn (de ex., fază de somn avansat, pattern de somn-vigilitate de non-24 ore ori un pattern somn-vigilitate neregulat). Un „pattern de fază de somn avansat" este analogul tipului de fază de somn întârziat, dar în direcție opusă: indivizii se plâng de capacitatea de a fi vigili, seara, și de deșteptare spontană la primele ore ale dimineții. „Patternul de somn-vigilitate non-24 ore" denotă un ciclu liber continuu: orarul de somn-vigilitate urmează perioada de ritm circadian endogen de peste 24 ore, în disprețul prezenței semnalelor unui timp de 24 ore în ambianță. Contrar patternului de somn-vigilitate stabil al tipurilor de fază de somn întârziat sau avansat, orariile de somn-vigilitate ale acestor indivizi devin progresiv întârziate în raport cu ora 24 a orologiului, ducând la o modificare a patternului de somn-vigilitate și la o schimbare a acuzelor de somn-vigilitate în zilele următoare (de ex., mai multe zile de insomnie la începutul somnului, urmate de zile cu somnolență în cursul zilei, urmate de zile de dificultate în a fi vigil seara). „Patternul de somn-vigilitate neregulat" indică absența unui pattern identificabil de somn și vigilitate.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** În tipul de fază de somn întârziat, în mod frecvent, indivizii merg târziu la culcare și se deșteaptă târziu în week-end-uri sau în concedii, cu o reducere a dificultăților în debutul somnului și dificultate în deșteptare. Ei vor da multe exemple de dificultăți la școală, la serviciu sau în societate provenind din incapacitatea lor de a se deștepta la orele cerute social. Dacă se deșteaptă mai din timp decât ora dictată de sistemul circadian de cronometrare, individul poate prezenta „beție de somn" (adică, dificultate extremă în a se deștepta, confuzie și comportament inadecvat). Funcționarea urmează adesea o fază întârziată, cu un pic al eficienței survenind târziu, spre seară.

Tipul de fus orar poate fi mai frecvent la indivizii care sunt „tipi matinali". Acesta este asociat adesea de simptome ca deteriorarea concentrării și memoriei, deteriorarea coordonării, debilitate, amețeală, cefalee, fatigabilitate, maleză, scăderea apetitului și indigestie. Aceste simptome pot fi în legătură nu numai cu inadecvarea circadiană, dar și cu alte condiții ale călătoriei cum ar fi deprivarea de somn, uzul de alcool și cafeină și scăderea presiunii aerului ambiental în avion. Performanța este adesea deteriorată, urmând patternul care ar fi trebuit să fie prevăzut de ritmurile circadiene endogene subiacente.

Tipul de lucru în ture, de asemenea, poate fi mai frecvent la indivizii care sunt „ciocârlii matinale". Concentrarea și atenția, eficiența și agilitatea sunt adesea deteriorate în cursul orelor de vigilitate dorite, după patternul care ar fi predicat de ritmurile circadiene endogene subiacente. Calitatea redusă a vieții și disfuncția în rolurile social, familial și ocupațional sunt observate la muncitorii care lucrează în

ture, în special la cei care au dificultăți de somn. Lucrul în ture este un factor de risc pentru somnolența în legătură cu munca și cu accidentele de vehicul cu motor.

Patternul de somn vigilitate de non 24 ore a fost descris mai întâi la indivizii orbi, și în special la cei care nu percep lumina (de ex., prin fibroză retrocristaliniană sau enucleere chirurgicală) ca opuși celor cu un anumit grad de percepție luminoasă conștientă. Ațipirea și insomnia survenind regulat apar când ritmurile circadiene endogene ale individului (care sunt ușor mai lungi decât 24 ore) ies din faza cu ciclul lumină-întuneric și orele de somn-vigilitate corespunzătoare social.

Indivizii cu orice tulburare a ritmului circadian de somn pot utiliza cantități crescute de alcool, sedative-hipnotice sau stimulante în încercarea de a-și controla tendințele de somn-vigilitate fazate necorespunzător. Uzul acestor substanțe poate, în schimb, exacerba tulburarea ritmului circadian de somn.

Tipul de fază de somn întârziat a fost asociat cu elemente de personalitate schizoidă, schizotipală și evitantă, în special la adolescenți și, de asemenea, cu simptome depresive și cu tulburări depresive. „Patternul de somn-vigilitate de non-24 ore" și „patternul neregulat de somn-vigilitate" au fost, de asemenea, asociate cu aceste elemente. Tipurile de schimbare de fus orar și de lucru în ture pot precipita sau exacerba un episod maniacal sau depresiv major, ori un episod al unei tulburări psihotice. Lucrul în ture este asociat, de asemenea, cu simptome depresive.

**Date de laborator asociate.** Studiile somnului oferă rezultate diferite în funcție de timpul când sunt efectuate. Pentru indivizii cu tipul de fază de somn întârziat, studiile efectuate în orele de somn preferate vor fi în esență normale pentru etatea respectivilor. Însă, când sunt studiați la orele de som social normal, acești indivizi au o latență prelungită de somn, o eficiență a somnului redusă (datorată în special dificultăților de început ale somnului), o durată redusă a somnului, iar la unii indivizi, există o latență de somn REM moderat scurtată. Procedeele de laborator destinate să măsoare faza pacemaker-ului circadian endogen (de ex., temperatura internă a corpului, nivelele de melatonină plasmatică) relevă întârzierea fazei așteptate în reglarea acrofazei (peak time) și nadirului, când indivizii sunt studiați în cursul perioadelor de somn-vigilitate uzuale. În plus, timpul de deșteptare poate fi întârziat în comparație cu alte ritmuri circadiene.

Când sunt studiați în timpul orelor de somn din cursul unei săptămâni de lucru uzuale, indivizii cu tipul de lucru în ture au de regulă o latență de somn normală sau scurtă, o durată de somn redusă și perturbări mai frecvente ale continuității somnului în comparație cu indivizii de aceeași etate cu patternuri de somn nocturn „normale". Există o reducere specifică a stadiilor 2, 3 și 4, și a somnului REM în multe cazuri. S-a constatat că patternurile polisomnografice la cei care lucrează în ture rămân stabile și peste un interval de 2 ani, sugerând nici adaptare nici înrăutățire. Măsurările somnolenței fiziologice, cum ar fi testul de latență de somn multiplu (TLSM) arată un grad ridicat de somnolență în timpul orelor de vigilitate dorită (de ex., în timpul turei de noapte). După o perioadă de adaptare la un program diurn normal, acești indivizi au un somn nocturn normal și nivele normale ale somnolenței diurne. Când sunt studiați în timpul orelor uzuale de lucru în ture în ambianța lor uzuală, cei care lucrează în ture prezintă modificări în sincronizarea clară a ritmurilor lor circadiene în comparație cu patternurile diurne normale. Aceste patternuri duc însă rar, dacă nu chiar niciodată la o orientare nocturnă completă. Intervenții, cum ar fi lumina strălucitoare pot comuta ritmurile circadiene endogene în faze cu comutare nocturnă, dar nu ameliorează în mod necesar acuzele sau performanța subiectului. Lucrul în tură de noapte poate fi asociat cu creșterea nivelelor trigliceridelor sau colesterolului.

Studiile de laborator ale unui fus orar simulat demonstrează o latență de somn crescută, deteriorarea eficienței somnului, reducerea somnului REM și reduceri minore în somnul cu unde lente. Aceste elemente revin la linia de bază în decurs de 1-2 săptămâni și sunt mai severe în cursul călătoriei simulate spre est (adică ore de somn avansat) decât al călătoriei simulate spre vest (adică, ore de somn întârziat). Alte date de laborator, incluzând ritmurile circadiene ale melatoninei, temperatura internă a corpului, vigilența și performanța, iau, de asemenea, câteva zile sau săptămâni pentru a se adapta după tipul de decalaj de fus orar simulat. Patternul de somn-vigilitate non 24 ore la indivizii orbi este adesea caracterizat prin ritmuri circadiene „liber continuu" ale temperaturii interne a corpului, secreției de melatonină și tendinței la somn. Cu alte cuvinte, aceste ritmuri au o perioadă ușor mai lungă decât 24 ore, similară cu a indivizilor deprivați de somn observați în condiții experimentale și lipsiți de orice indiciu temporal. Indivizii cu „pattern de fază de somn avansat, după cum este de așteptat, prezintă un orar mai precoce al ritmurilor circadiene de somn, precum și o scurtare a perioadei ritmului circadian endogen.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale.** Nu sunt descrise nici un fel de date specifice pentru tulburarea ritmului circadian de somn. Cei care lucrează în ture pot pare trași la față sau somnoroși și pot avea un exces de perturbări cardiovasculare și gastrointestinale, incluzând gastrita și ulcerul peptic. Rolul cafeinei și consumului de alcool și alterarea patternurilor de alimentare nu au fost evaluate pe deplin în aceste cazuri. Lucrul în ture a fost asociat cu factori de risc pentru tulburări cardiovasculare, cum ar fi hipertensiunea, patternurile de presiune sanguină de 24 ore „fără pantă", creșterea lipidelor aterogenice și modificări electrocardiografice anormale (prelungirea intervalului QT). De asemenea, poate fi asociat cu o ușoară creștere a riscului pentru o tulburare cardiovasculară reală, deși nu toate studiile au constatat așa ceva. „Patternul de somn-vigilitate non-24 ore" survine adesea la indivizii orbi, în special la cei care nu percep lumina. Tulburarea ritmului circadian de somn poate exacerba condițiile medicale generale.

## Elemente specifice etății

Debutul tipului de fază de somn întârziat survine cel mai adesea în ultima parte a copilăriei și începutul perioadei de adult. Simptomele lucrului în ture și ale schimbării de fus orar sunt descrise adesea ca fiind mai severe sau mai ușor de indus în condiții de laborator în ultima parte a etății medii și la indivizii mai în etate în comparație cu adulții tineri. Adulții mai bătrâni prezintă, de asemenea, tulburări de somn polisomnografic mai severe urmând simulării unei schimbări de fus orar în laborator, dar ritmurile lor circadiene par a se adapta în aceeași măsură ca și cele ale adulților mai tineri. „Patternul de fază de somn avansat" crește, de asemenea, cu etatea. Aceste date pot rezulta din deteriorarea în legătură cu etatea a somnului nocturn și scurtarea perioadei circadiene endogene.

## Prevalență

Pentru nici unul din tipurile de tulburare a ritmului circadian de somn nu a fost bine stabilită prevalența. Procentele frecvenței pentru tipul de fază de somn întârziat în populația anchetată au variat larg, mergând de la 0,1% la 4% la adulți și până la 7% la adolescenți. Până la 60% dintre cei care lucrează în tură de noapte pot avea tipul de lucru în ture.

## Evoluție

Tipul de fază de somn întârziat debutează de regulă în adolescență, putând urma unui stresor psihosocial. Fără intervenție, tipul de fază de somn întârziat durează de regulă ani sau decenii, dar se poate „corecta" și de la sine, dată fiind tendința fazei ritmului circadian endogen de a avansa cu etatea. Tratamentul poate normaliza adesea orele de somn, cel puțin temporar, dar există o vulnerabilitate permanentă la a reveni la orele întârziate de somn și la alte simptome.

Tipul de lucru în ture persistă de regulă atât timp cât individul lucrează conform acestui orar. Dispariția simptomelor survine în general în decursul a 2 săptămâni de la revenirea la un orar de somn-vigilitate diurn normal.

Datele experimentale și din teren referitoare la schimbarea de fus orar indică faptul că este necesară aproximativ o zi per fus orar traversat, pentru ca sistemul circadian să se resincronizeze la noua oră locală. Diferitele ritmuri circadiene (cum ar fi temperatura internă a corpului, nivelul hormonal, agilitatea și patternurile de somn) se readaptează în proporții diferite.

## Pattern familial

Un istoric familial poate fi prezent în până la 40% dintre indivizii cu tipul de fază de somn întârziat. A fost identificată o formă familială de tip de fază de somn avansat segregând ca o trăsătură dominantă autosomală cu penetranță crescută.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea ritmului circadian de somn trebuie să fie distinsă de **patternurile normale de somn** și de **adaptările normale urmând unei schimbări în orar**. Cheia unor astfel de distincții se află în persistența perturbării și în prezența și gradul de deteriorare socială sau profesională. De exemplu, mulți adolescenți și adulți tineri mențin orare de somn-vigilitate întârziate, dar fără detresă sau interferență cu rutinele școlare sau de activitate profesională. Mai mult decât atât, mulți indivizi se caracterizează ei înșiși ca fiind „bufnițe de noapte" sau „ciocârlii matinale", din cauza preferinței lor fie pentru ore de somn târzii, sau timpurii. Aceste tendințe în sine nu justifică diagnosticul de tip de fază de somn întârziat sau de „pattern de fază de somn avansat". Diagnosticul trebui pus numai indivizilor care experientează în mod persistent detresă sau deteriorare semnificativă clinic și care au dificultăți în a-și schimba patternul de somn-vigilitate. În mod similar, aproape oricine călătorește pe fuse orare va experienta o dereglare tranzitorie a somnului. Diagnosticul de tip de tip de fus orar trebuie să fie rezervat indivizilor cu perturbări de somn severe asociate și dereglarea activității profesionale.

Tipul de fază de somn întârziat trebuie să fie diferențiat de **patternurile voluntare de ore de somn întârziat**. Unii indivizi, care își amână voluntar mersul la culcare pentru a participa la activități sociale sau profesionale, se pot plânge de dificultate în deșteptare. Când le este permis să o facă, acești indivizi adorm ușor și din timp și, după o perioadă de recuperare a somnului, nu au dificultăți semnificative în a se deștepta dimineața. În astfel de cazuri, problema primară o constituie mai curând deprivarea de somn decât o tulburare a ritmului circadian de somn. Alți indivizi (în special copiii și adolescenții) pot, în mod voluntar, să-și schimbe orele de somn pentru a evita școala sau solicitările familiei. Patternul de dificultate în deșteptare dispare când activitățile dorite sunt programate în orele

dimineții. În mod similar, copiii mai mici, implicați în controverse circumscrise situațional cu părinții, se pot prezenta ca având tipul de fază de somn întârziat.

Tipurile de schimbare de fus orar și de lucru în ture trebuie să fie distinse în principal de alte tulburări de somn primare, cum ar fi **insomnia primară** și **hipersomnia primară**. Istoricul de schimbare de fus orar sau de lucru în ture, fără somn perturbat de alte programe, oferă de regulă suficiente probe pentru a exclude aceste alte tulburări. În unele cazuri, alte tulburări de somn primare, cum ar fi **tulburarea de somn în legătură cu respirația** sau **mișcările periodice ale membrelor**, pot complica tipurile de lucru în ture sau de schimbare de fus orar. Această posibilitate trebuie suspectată când revenirea la un program diurn normal nu duce la ameliorarea simptomelor în legătură cu somnul. Alte tipuri de tulburare a ritmului circadian de somn, cum ar fi „patternul de somn-vigilitate non-24 ore" și „patternul neregulat de somn-vigilitate", se disting de tipul de fază de somn întârziat prin patternul stabil de ore de somn-vigilitate întârziat, caracteristic acestuia din urmă.

**Patternurile de somn întârziat sau avansat care survin exclusiv în timpul altei tulburări mentale** nu sunt diagnosticate separat. De exemplu, un individ cu tulburare depresivă majoră poate avea ore de somn întârziat similare cu ale celor cu tipul de fază de somn întârziat, dar dacă patternul de somn siurvine numai în cursul episodului depresiv major, un diagnostic adițional de tulburare a ritmului circadian de somn nu este justificat. La fel, un individ care experientează o exacerbare acută a schizofreniei poate avea un pattern de somn-vigilitate foarte neregular, dar dacă acest pattern de somn este asociat numai cu exacerbarea, nu va fi pus un diagnostic adițional de tulburare a ritmului circadian de somn.

**Substanțele (inclusiv medicamentele)** pot cauza întârzierea debutului somnului sau a deșteptării, dimineața. De exemplu, consumarea de cafeină sau de nicotină seara, poate întârzia debutul somnului, iar uzul de medicamente hipnotice la mijlocul nopții poate întârzia ora de deșteptare din somn. Un diagnostic de **tulburare de somn indusă de o substanță** poate fi luat în considerație, dacă perturbarea de somn este considerată a fi consecința fiziologică directă a unui uz regulat de o substanță și justifică o atenție clinică separată (vezi pag. 655). Condițiile medicale generale cauzează rar întârzieri sau avansări fixe ale orarului de somn-vigilitate și de regulă nu creează dificultăți în efectuarea diagnosticului diferențial.

## Relația cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS) include categorii pentru sindromul de fază de somn întârziat, tulburarea de somn în legătură cu lucrul în ture și cu sindromul schimbării de fus orar (jet lag), și categorii specifice pentru alte trei tulburări ale ritmului circadian de somn (patternul neregulat de somn-vigilitate, sindromul de fază de somn avansat și sindromul de somn-vigilitate non-24 ore).

### Criteriile de diagnostic pentru 307.45 Tulburarea Ritmului Circadian de Somn

A. Un pattern de dereglare persistentă sau recurentă a somnului, ducând la somnolență excesivă sau la insomnie, care se datorează unei inadecvări între orarul de somn-vigilitate cerut de ambianța persoanei și patternul său circadian de somn-vigilitate.

B. Perturbarea somnului cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

C. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul evoluției altei tulburări de somn sau al altei tulburări mentale.

D. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament), ori ale unei condiții medicale generale.

*De specificat* tipul:

**Tip de fază de somn întârziat**: un pattern persistent de debut tardiv al somnului și ore de deșteptare târzie, cu incapacitatea de a adormi și de a se deștepta la o oră dorită, mai matinală.
**Tip de schimbare de fus orar**: somnolență și vigilitate care apar la o oră inadecvată a zilei în raport cu ora locală, survenind după călătorii repetate peste mai mult decît un fus orar.
**Tip de lucru în ture**: insomnie în timpul perioadei de somn major, asociată cu lucrul în tură de noapte ori cu schimbări frecvente ale turei de lucru.
**Tip nespecificat**

## 307.47 Dissomnie Fără Altă Specificație

Categoria de dissomnie fără altă specificație este rezervată pentru insomniile, hipersomniile sau tulburările de ritm circadian care nu satisfac criteriile pentru nici o dissomnie specifică.Exemplele includ:

1. Acuzele de insomnie sau hipersomnie semnificative clinic și atribuibile unor factori ambientali (de ex., zgomotul, lumina, întreruperile frecvente).
2. Somnolența excesivă, atribuibilă unei deprivări de somn progresive.
3. „Sindromul picioarelor neliniștite": acest sindrom se caracterizează prin dorința de a mișca picioarele sau brațele asociată cu senzații inconfortabile descrise de regulă ca fiori, furnicături, reptații, arsuri sau prurit. Mișcările frecvente ale membrelor apar în efortul de a ușura senzațiile dezagreabile. Simptomele se agravează când individul stă liniștit seara sau noaptea și se amendează temporar prin mișcare. Senzațiile inconfortabile și mișcările membrelor pot întârzia adormirea sau deșteaptă individul din somn și duc la somnolență sau fatigabilitate în cursul zilei. Studiile asupra somnului demonstrează mișcări periodice involuntare ale membrelor în cursul somnului la majoritatea indivizilor cu sindromul picioarelor neliniștite. Un mic număr de indivizi prezintă anemie sau reducerea stocului de fier seric. Studiile electrofiziologice pe nerv periferic și .morfologia cerebrală globală sunt de regulă normale.

Sindromul picioarelor neliniștite poate surveni într-o formă idiopatică sau poate fi asociat cu condiții medicale generale sau neurologice, incluzând sarcina normală, insuficiența renală, artrita reumatoidă, o maladie vasculară periferică sau o disfuncție de nerv periferic. Fenomenologic, cele două forme sunt indistinctibile. Debutul sindromului picioarelor neliniștite are loc în cea de a doua sau a treia decadă, deși până la 20% dintre indivizii cu acest sindrom pot avea simptome înainte de etatea de 10 ani. Prevalența sindromului picioarelor neliniștite este de 2%-10% în populația generală și este de peste 30% în populația medicală generală. Prevalența crește odată cu etatea și este aceeași la bărbați și la femei. Evoluția este marcată de stabilitatea sau înrăutățirea simptomelor odată cu etatea. Un istoric familial pozitiv există în 50%-90% dintre indivizi. Diagnosticul diferențial major include akatisia indusă de medicamente, neuropatia periferică și crampele nocturne ale picioarelor. Înrăutățirea nocturnă și mișcările periodice ale membrelor sunt mai frecvente în sindromul picioarelor neliniștite decât în akatisia indusă de medicamente sau în neuropatia periferică. Contrar sindromului picioarelor neliniștite, crampele nocturne ale picioarelor nu se prezintă cu dorința de a mișca piciarele și nici mișcările picioarelor nu sunt frecvente.

4. Mișcările periodice ale membrelor: mișcările periodice ale membrelor sunt contracții scurte, repetate, de mică amplitudine ale membrelor, în special ale extremităților inferioare. Aceste mișcări încep aproape imediat după adormire și diminuă în timpul stadiilor 3 sau 4 de somn fără mișcări oculare rapide (NREM) și somnului cu mișcări oculare rapide (REM). Mișcările survin de regulă ritmic la fiecare 20-60 secunde și sunt asociate cu deșteptări scurte și repetate din somn. De regulă, indivizii sunt inconștienți de mișcările reale, dar se pot plânge de insomnie, de deșteptări frecvente ori de somnolență diurnă, dacă numărul mișcărilor este foarte mare. Indivizii pot prezenta o variabilitate considerabilă în numărul mișcărilor periodice ale membrelor de la o noapte la alta. Mișcările periodice ale membrelor survin la majoritatea indivizilor cu sindromul picioarelor neliniștite și pot surveni și fără celelalte simptome ale acestuia. Femeile cu sarcină normală sau indivizii cu condiții ca insuficiența renală, insuficiența cardiacă congestivă și stresul posttraumatic pot prezenta, de asemenea, mișcări periodice ale membrelor. Deși etatea tipică la debut și prevalența în populația generală sunt necunoscute, mișcările periodice ale membrelor devin mai frecvente odată cu etatea și pot surveni la mai mult de o treime dintre indivizii în etate de peste 65 ani. Bărbații sunt afectați mai frecvent decât femeile.
5. Situațiile în care clinicianul a ajuns la concluzia că dissomnia este prezentă, dar este incapabil să precizeze dacă aceasta este primară, datorată unei condiții medicale generale sau este indusă de o substanță.

## Parasomniile

Parasomniile sunt tulburări caracterizate prin evenimente comportamentale sau fiziologice anormale survenind în asociație cu somnul, cu stadiile specifice ale somnului sau tranzițiile somn-vigilitate. Contrar dissomniilor, parasomniile nu comportă anomalii ale mecanismelor care generează stările de somn-vigilitate și nici sincronizarea somnului și vigilității. Parasomniile reprezintă mai curând activarea sistemelor fiziologice la ore inadecvate în timpul ciclului somn-vigilitate.

În particular, aceste tulburări implică mai curând activarea sistemului nervos vegetativ, a sistemului motor ori a proceselor cognitive în timpul somnului sau al tranzițiilor somn-vigilitate. Diferitele parasomnii survin în momente diferite în timpul somnului, iar parasomniile specifice survin adesea în timpul stadiilor specifice de somn. Indivizii cu parasomnii se prezintă de regulă cu acuze de comportament insolit în timpul somnului, mai curând decât de insomnie sau de somnolență excesivă în timpul zilei. Această secțiune include coșmarul, teroarea de somn, somnambulismul și parasomnia fără altă specificație.

## 307.47 Coșmarul (*anterior*, Anxietatea de Vis)

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al coșmarului îl constituie apariția repetată de vise terifiante care duc la deșteptarea din somn (criteriul A). Individul este complet alert la deșteptare (criteriul B). Visele terifiante sau întreruperile somnului care rezultă din deșteptări cauzează individului o detresă semnificativă sau duc la disfuncție socială sau profesională (criteriul C). Această tulburare nu este diagnosticată, dacă coșmarurile survin exclusiv în timpul evoluției altei tulburări mentale sau se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz sau un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (criteriul D).

Coșmarurile survin de regulă într-o secvență de vis elaborată, lungă, care este extrem de provocatoare de anxietate sau terifiantă. Conținutul viselor este centrat cel mai adesea pe pericole fizice iminente pentru individ (de ex., urmărire, atac, vătămare corporală). În alte cazuri, pericolul perceput poate fi mai subtil, implicând eșecurile sau dificultățile personale. Coșmarurile care survin după experiențele traumatice pot reproduce situația periculoasă sau amenințătoare, dar cele mai multe coșmaruri nu relatează evenimente reale. La deșteptare, indivizii cu această tulburare pot descrie secvența de vis și conținutul în detaliu. Indivizii pot relata coșmaruri multiple în cursul unei anumite nopți, adesea cu temă recurentă. Coșmarurile apar aproape exclusiv în cursul somnului cu mișcări oculare rapide (REM). Deoarece perioadele REM survin periodic în timpul somnului nocturn (aproximativ la fiecare 90-110 minute), coșmarurile pot surveni, de asemenea, în orice moment în cursul episodului de somn. Deoarece însă perioadele de somn REM devin de regulă mai lungi și visele mai intense în a doua jumătate a nopții, coșmarurile este posibil să apară, de asemenea, mai târziu noaptea.

Coșmarurile se termină de regulă cu o deșteptare din somn asociată cu o revenire rapidă la starea de vigilitate și cu un sentiment persistent de teamă sau anxietate. Acești factori duc adesea la dificultate în reluarea somnului. Coșmarul cauzează detresă subiectivă semnificativă mai des decât cauzează deteriorare socială sau profesională demonstrabilă. Însă, dacă deșteptările nocturne sunt frecvente, ori dacă individul evită să doarmă din cauza fricii de coșmaruri, individul poate experienta somnolență excesivă, reducerea capacității de concentrare, depresie, anxietate sau iritabilitate care pot perturba activitatea din timpul zilei.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** La indivizii cu coșmaruri, la deșteptare poate fi evidentă o excitație vegetativă ușoară (de ex., transpirație, tahicardie, tahipnee). Indivizii care au avut coșmaruri frecvente încă din copilărie tind a prezenta procente ridicate de psihopatologie generală la măsurarea simptomelor. Simptome depresive și anxioase care nu satisfac criteriile pentru un diagnostic specific, sunt frecvente la indivizii cu coșmaruri. Mișcările corpului și vocalizarea nu sunt caracteristice coșmarului din cauza pierderii tonusului mușchilor scheletici, care în mod normal survine în timpul somnului REM. Când apar vorbitul, țipatul sau lovitul, este foarte probabil ca acestea să survină ca fenomene scurte care termină un coșmar. De asemenea, este foarte posibil ca aceste comportamente să survină în coșmarurile care acompaniază stresul posttraumatic, deoarece aceste coșmaruri pot surveni în timpul somnului fără mișcări oculare rapide (NREM).

**Date de laborator asociate.** Studiile polisomnografice indică deșteptări bruște din somnul REM care corespund relatării de către individ a coșmarurilor. Aceste deșteptări survin de regulă în cursul celei de a doua jumătăți a nopții. În cele mai multe cazuri, episodul de somn va fi durat mai mult de 10 minute și poate include un număr mai mare decât media de mișcări oculare. Ritmul cardiac și ritmul respirator pot crește sau pot prezenta o mare variabilitate înaintea deșteptării din somn. Coșmarurile urmând evenimentelor traumatice (de ex., la indivizii cu stres posttraumatic) pot surveni în timpul somnului NREM, în special în cursul stadiului 2, precum și în cursul somnului REM. Alte elemente polisomnografice, incluzând continuitatea și arhitectura somnului, nu sunt în mod caracteristic anormale în coșmar.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Semnificația atribuită coșmarurilor poate varia cu fondul cultural. De exemplu, unele culturi pot pune coșmarurile în legătură cu fenomene spirituale sau supranaturale, pe când altele pot vedea coșmarurile ca indicatori ai perturbării mentale sau somatice. Deoarece coșmarurile apar frecvent în copilărie, acest diagnostic nu trebuie să fie pus dacă nu există o detresă sau deteriorare semnificativă persistentă care să justifice o atenție clinică separată. Este foarte posibil ca coșmarul să apară la copiii expuși stresorilor psihosociali severi. Deși conținutul visului specific poate reflecta etatea individului având coșmaruri, elementele esențiale ale tulburării sunt aceleași la diverse grupe de etate. Femeile relatează că au coșmaruri mai frecvent decât bărbații într-o proporție de aproximativ 2-4:1. Nu este clar în ce măsură această diferență reflectă o discrepanță în numărul de coșmaruri, ca opusă unei discrepanțe în raportare.

## Prevalență

Între 10% și 50% dintre copiii în etate de 3-5 ani au coșmaruri de suficientă intensitate pentru a neliniști pe părinți. În populația adultă nu mai puțin de 50% dintre indivizi pot relata cel puțin un coșmar ocazional. La adulții tineri, cel puțin 3%, relatează că au coșmaruri frecvent sau totdeauna. Prevalența reală a coșmarurilor nu este însă cunoscută.

## Evoluție

Coșmarurile încep adesea între etatea de 3 și 6 ani. Când frecvența este mare (de ex., mai multe pe săptămână), visele pot deveni o sursă de preocupare și detresă, atât pentru copii, cât și pentru părinți. Cei mai mulți copii care prezintă o problemă referitoare la coșmaruri o depășesc. Într-un număr redus de cazuri, visele pot persista cu frecvență mare și în perioada adultă, devenind practic o perturbare pentru toată viața. Adulții cu coșmaruri cronice relatează grade similare de perturbare de somn subiectivă. A fost descrisă o tendință la ameliorare în ultimele decade.

## Diagnostic diferențial

Coșmarurile trebuie să fie diferențiate de **teroarea de somn**. Ambele tulburări includ deșteptări sau deșteptări parțiale cu frică și activare vegetativă, dar pot fi diferențiate prin mai multe elemente clinice. Coșmarurile survin de regulă noaptea târziu, în cursul somnului REM, și produc o imagerie de vis vie, deșteptări complete, excitație vegetativă ușoară și evocare detaliată a evenimentului. Terorile de somn apar de regulă în prima treime a nopții, în cursul stadiului 3 sau 4 de somn NREM, și nu produc, fie nici o evocare a visului, fie imagini unice, fără calitatea de narațiune, care este tipică coșmarurilor. Terorile de somn duc la deșteptări parțiale în care individul este confuz, dezorientat și numai parțial reactiv, și are o excitație vegetativă semnificativă. În contrast cu coșmarul, individul cu teroare de somn are amnezia episodului la deșteptarea din somn, dimineața.

**Tulburarea de somn în legătură cu respirația** poate duce la deșteptări cu excitație vegetativă, dar acestea nu sunt acompaniate de evocarea de vise terifiante. Coșmarurile sunt o acuză permanentă a indivizilor cu **narcolepsie**, însă prezența somnolenței excesive și cataplexiei diferențiază această condiție de coșmar. **Atacurile de panică** survenind în cursul somnului pot produce, de asemenea, deșteptări bruște din somn, cu excitație vegetativă și frică, dar individul nu relatează vise terifiante și poate identifica aceste simptome ca fiind concordante cu atacurile de panică. Prezența unei activități motorii complexe în cursul viselor terifiante trebuie să ducă la evaluarea promptă în continuare pentru alte tulburări de somn, cum ar fi „tulburarea de comportament a somnului REM" (**vezi parasomnia fără altă specificație**).

Numeroase medicamente care afectează sistemul nervos vegetativ pot precipita coșmarurile. Exemplele includ l-dopa și alți agoniști dopaminergici, antagoniștii betaadrenergici și alte medicamente antidepresive. Invers, abstinența de medicamentele care suprimă somnul REM, cum ar fi medicamentele antidepresive și alcoolul, poate duce la un „rebound" al somnului REM acompaniat de coșmaruri. Dacă coșmarurile sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată, un diagnostic de **tulburare de somn indusă de o substanță, de tip parasomnie**, poate fi luat în considerație (vezi pag. 655). De asemenea, coșmarul nu trebuie diagnosticat dacă visele perturbante apar ca efect fiziologic direct al unei condiții medicale generale (de ex., o infecție a sistemului nervos central, leziuni vasculare ale trunchiului cerebral, condiții medicale generale care cauzează delirium). Dacă coșmarurile sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată, poate fi luată în considerație **tulburarea de somn datorată unei condiții medicale generale, de tip parasomnie** (vezi pag. 651). Deși coșmarurile pot apare frecvent în cursul unui **delirium**, un diagnostic separat de coșmar nu se pune.

Coșmarurile survin frecvent ca parte a **altor tulburări mentale** (de ex., stresul posttraumatic, schizofrenia, tulburările afective, alte tulburări anxioase, tulburările de adaptare și tulburările de personalitate). Dacă coșmarurile survin exclusiv în cursul altei tulburări mentale, diagnosticul de coșmar nu se pune.

Mulți indivizi experiențează un coșmar izolat, ocazional. Coșmarul nu este diagnosticat decât dacă frecvența și severitatea coșmarurilor duce la o detresă sau deteriorare semnificativă.

### Relațiile cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Coșmarul corespunde diagnosticului de coșmaruri din Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS).

**Criteriile de diagnostic pentru 307.47 Coșmar**

A. Deșteptări repetate din perioada de somn major sau din ațipeli, cu evocarea imediată a unor vise întinse și extrem de terifiante implicând de regulă amenințări la supraviețuire, securitate sau stima de sine. Deșteptările survin în general în cursul celei de a doua jumătăți a perioadei de somn.

B. La deșteptarea din visele terifiante, persoana devine rapid orientată și alertă (în contrast cu confuzia și dezorientarea observate în teroarea de somn și unele forme de epilepsie).

C. Experientarea visului sau perturbarea de somn care rezultă din deșteptare cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Coșmarurile nu apar exclusiv în cursul altei tulburări mentale (de ex., un delirium, stres posttraumatic) și nu sunt datorate efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau o condiție medicală generală.

## 307.46 Teroarea de Somn

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al terorii de somn îl constituie apartiția repetată a terorilor de somn, adică, a deșteptărilor bruște din somn, începând de regulă cu un țipăt sau strigăt de panică (criteriul A).Terorile de somn încep de regulă în cursul primei treimi a episodului de somn major și durează 1–10 minute. Episoadele sunt acompaniate de excitație vegetativă și manifestări comportamentale de frică intensă (criteriul B). În cursul episodului individul este dificil de deșteptat sau de consolat (criteriul C). Dacă individul se deșteaptă după teroarea de somn, nu-și amintește nici un vis sau își amintește imagini singulare, fragmentare. La deșteptare, dimineața următoare, individul are amnezie pentru eveniment (criteriul D). Episoadele de teroare de somn trebuie să cauzeze detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante

de funcționare (criteriul E). Teroarea de somn nu trebuie să fie diagnosticată dacă evenimentele recurente se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale Criteriul F). Terorile de somn sunt numite, de asemenea, „terori nocturne" sau pavor nocturn.

În timpul unui episod tipic, individul se scoală brusc din pat, țipând sau strigând, ori cu o expresie de teamă și cu semne vegetative de anxietate intensă (de ex., tahicardie, respirație rapidă, congestia tegumentelor, transpirație, dilatarea pupilelor, tonus muscular crescut). Individul nu răspunde de regulă la eforturile celorlalți de a-l deștepta sau liniști. Dacă este vigilă, persoana este confuză și dezorientată timp de câteva minute și relatează un vag sentiment de teroare, de regulă fără conținut de vis. Deși pot apare imagini fragmentare de vis viu, nu este relatată o secvență de vis asemănătoare unei narațiuni (ca în coșmar). Cel mai frecvent, individul nu se desteaptă complet, ci recade în somn și are amnezie pentru episod la deșteptare dimineața următoare. Unii indivizi pot să-și amintească vag că au avut un „episod" în cursul nopții trecute, dar nu au o amintire detaliată. De regulă, într-o noapte va apare un singur episod, deși, ocazional, în cursul unei nopți pot surveni mai multe episoade, la diferite intervale.

Pentru ca diagnosticul să fie pus, individul trebuie să experienteze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic. Jena în legătură cu episoadele poate deteriora relațiile sociale. Indivizii pot evita situațiile în care alții pot deveni conștienți de perturbare, cum ar fi mersul în tabără, vizitarea amicilor și rămas la ei peste noapte, dormitul cu altcineva în pat.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Episodul este însoțit de regulă de vociferări, exclamații, strigăte sau vocalizări incoerente. Individul se poate opune activ la a fi ținut sau atins, ori poate prezenta chiar o activitate motorie mai elaborată (de ex., legănat, lovit cu pumnul, ridicat din pat sau fugă). Aceste comportamente par a reprezenta încercări de autoprotecție sau de luptă contra unei amenințări și pot duce la vătămare corporală. Pot apare episoade care includ concomitent elemente de teroare de somn și de somnambulism. Uzul de alcool sau de sedative, deprivarea de somn, dereglările orarului de somn-vigilitate, fatigabilitatea și stresul fizic și emoțional cresc probabilitatea episoadelor.

Copiii cu teroare de somn nu au o incidență mai mare a psihopatologiei sau tulburărilor mentale decât populația generală. Este foarte posibil ca teroarea de somn să fie asociată cu psihopatologie la adulți. Teroarea de somn poate surveni cu frecvență crescută la indivizii cu tulburări de pe axa I, în special cu stres posttraumatic și anxietate generalizată. La indivizii cu teroare de somn pot surveni tulburări de personalitate, în special tulburările de personalitate dependentă, schizoidă și borderline. La inventarele de personalitate au fost notate scoruri ridicate pentru depresie și anxietate.

**Date de laborator asociate.** Terorile de somn încep în cursul somnului NREM profund, care este caracterizat printr-o activitate EEG cu frecvență lentă (delta). Această activitate EEG este predominantă în stadiile 3 și 4 de somn NREM, care sunt concentrate în prima treime a episodului major de somn. În consecință, este foarte posibil ca terorile de somn să apară în prima treime a

nopții. Episoadele de teroare de somn pot surveni însă oricând în cursul somnului cu unde lente, chiar în cursul atipelilor diurne. Debutul episoadelor de teroare de somn este indicat de regulă de voltajul foarte înalt al activității delta pe EEG, de creșterea tonusului muscular și de dublarea sau quadruplarea ritmului cardiac, care crește adesea la peste 120 bătăi pe minut. În timpul episodului, polisomnografia poate fi obscurizată de artefactele provocate de mișcare. În absența unor astfel de artefacte, EEG prezintă de regulă o activitate teta sau alfa în cursul episodului, indicând deșteptarea parțială. Indivizii cu teroare de somn pot prezenta, de asemenea, deșteptări bruște din somnul profund NREM, care nu progresează spre episoade complete de teroare de somn. Astfel de episoade pot include tahicardia bruscă.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Febra și deprivarea de somn pot produce o creștere a frecvenței episoadelor de teroare de somn.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Nici un fel de relatări nu au oferit o evidență clară a diferențelor referitoare la mediul cultural în manifestările terorii de somn, deși este posibil ca semnificația și cauza atribuită episoadelor de teroare de somn să difere între culturi. Copiii mai mari și adulții oferă o evocare mai detaliată a imaginilor terifiante asociate cu terorile de somn decât copiii mai mici, care este foarte posibil să aibă amnezie completă sau să relateze numai un vag sentiment de frică. Printre copii, teroarea de somn este mai frecventă la băieți decât la fete. Printre adulți, rata sexului este egală.

## Prevalență

Există puține date despre teroarea de somn în populația generală. Prevalența episoadelor de teroare de somn (ca opuse terorii de somn, în care există recurență și detresă sau deteriorare) a fost estimată la 1%-6% la copii și la mai puțin de 1% la adulți.

## Evoluție

Teroarea de somn începe de regulă la copii între 4 și 12 ani și se rezolvă spontan în cursul adolescenței. La adulți, aceasta debutează cel mai frecvent între 20 și 30 ani și urmează adesea o evoluție cronică, cu ameliorarea și agravarea severității și frecvenței în decursul timpului. Frec-vența episoadelor variază, atât la același individ, cât și de la un individ la altul. Episoadele apar de regulă la intervale de zile sau săptămâni, dar pot surveni și nopți consecutive.

## Pattern familial

Indivizii cu teroare de somn relatează frecvent un istoric familial pozitiv, fie de teroare de somn, fie de somnambulism. Unele studii indică o creștere de 10 ori a prevalenței tulburării printre rudele biologice de gradul I. Modul exact de eritare este necunoscut.

## Diagnostic diferențial

Mulți indivizi suferă de episoade izolate de teroare de somn la un moment dat în viața lor. Distincția dintre episoadele individuale de teroare de somn și tulburarea teroarea de somn se bazează pe apariția repetată, intensitatea, deteriorarea sau detresa semnificativă clinic și potențialul de vătămare a sa sau a altora.

Teroarea de somn trebuie să fie diferențiată de alte tulburări, care produc deșteptări parțiale sau complete din somn noaptea sau comportament insolit, din cursul somnului. Cele mai importante diagnostice diferențiale pentru teroarea de somn includ coșmarul, somnambulismul, alte parasomnii (vezi parasomnia fără altă specificație), tulburarea de somn în legătură cu respirația și crizele epileptice survenind în cursul somnului. În contrast cu indivizii cu teroare de somn, indivizii cu **coșmar** se deșteaptă din somn de regulă ușor și complet, relatează vise vii asemănătoare unei narațiuni acompaniind episoadele și tind să prezinte episoade noaptea mai târziu. Gradul de excitație vegetativă și de activitate motorie nu este tot atât de mare ca în teroarea de somn, iar evocarea este mai completă. Terorile de somn survin de regulă în somnul cu unde lente, pe când coșmarurile survin în cursul somnului REM. Părinții copiilor cu teroare de somn pot interpreta în mod eronat relatările de frică și imageria fragmentară drept coșmaruri.

**Somnambulismul** poate fi dificil de diferențiat de cazurile de teroare de somn care implică o activitate motorie notabilă. De fapt, cele două tulburări apar frecvent împreună, iar istoricul familial implică frecvent ambele tulburări. Cazul tipic de teroare de somn implică o predominare a excitației vegetative și a fricii, cu un grad mai ușor de activitate motorie, care tinde a fi bruscă și dezorganizată. Cazul tipic de somnambulism implică puțină excitație vegetativă sau frică și un grad mai mare de activitate motorie organizată.

**Parasomnia fără altă specificație** include diverse prezentări care pot aminti teroarea de somn. Cel mai comun exemplu este „tulburarea de comportament a somnului REM" care, de asemenea, produce frică subiectivă, activitate motorie violentă și potențial de vătămare. Deoarece aceasta survine în cursul somnului REM, ea implică vise vii asemănătoare narațiunii, o deșteptare mai rapidă și mai completă și o activitate motorie care urmează clar conținutului visului. „Distonia paroxistică nocturnă" include, de asemenea, deșteptări din somn cu activitate motorie, dar această activitate este mai lungă ca durată, este mai ritmică și stereotipă, și nu este asociată cu relatări subiective sau semne de frică.

**Halucinațiile hipnagogice**, experientate sporadic de mulți indivizi de altfel asimptomatici, și mai ales de către cei cu **narcolepsie**, pot fi asociate cu anxietate. Apariția la începutul somnului, imaginile vii și senzația subiectivă de vigilitate, diferențiază aceste episoade de teroarea de somn.

Mai rar, un individ cu **tulburare de somn în legătură cu respirația** poate avea episoade de deșteptare din somn asociate cu frică și panică amintind pe cele din teroarea de somn. Asocierea cu stertorul, obezitatea și simptomele respiratorii, cum ar fi apneile confirmate, o incapacitate de a respira sau episoade de sufocare, disting tulburarea de somn în legătură cu respirația. Un episod singular de teroare de somn poate surveni, de asemenea, în cursul reboundului somnului cu unde lente care urmează tratamentului precipitat al sindromului de apnee de somn obstructivă (de ex., după terapia cu presiune nazală continuă progresivă în căile aeriene /PNCP/).

**Crizele epileptice** care apar în timpul somnului pot produce senzații subiective de frică și comportamente stereotipe, urmate de confuzie și dificultate în deșteptare. Cele mai multe crize epileptice nocturne apar la tranziția dintre somn și vigilitate, dar pot apare și în cursul somnului cu unde lente. Incontinența sfincteriană și mișcările tonico-clonice sugerează epilepsia, dar crizele de lob frontal și temporal pot produce comportamente și mai complexe. Un examen EEG relevă adesea modificări intericțale la indivizii cu crize epileptice, iar monitorizarea EEG în cursul somnului nocturn poate fi necesară pentru efectuarea unui diagnostic diferențial decisiv. Întreruperea somnului în legătură cu crizele epileptice trebuie să fie diagnosticată ca **tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale, de tip parasomnie** (vezi pag. 651). Tulburările de somn datorate unei condiții medicale generale, alta decât crizele epileptice în legătură cu somnul, pot cauza rar episoade comportamentale insolite, noaptea. Apariția recentă a unui comportament anormal în timpul somnului la un adult de etate medie sau mai avansată, impune imediat luarea în considerație a unui traumatism cranian închis ori a unei patologii a sistemului nervos central, cum ar fi o tumoră sau o infecție.

Episoadele de teroare de somn pot fi, de asemenea, exacerbate sau induse de medicamente, cum ar fi deprimantele sistemului nervos central. Dacă episoadele sunt considerate a fi efectul fiziologic direct al luării unui medicament sau substanțe, tulburarea trebuie clasificată ca **tulburare de somn indusă de o substanță, de tip parasomnie** (vezi pag. 655).

**Panica** poate cauza, de asemenea, deșteptări bruște din somnul NREM profund acompaniate de frică, dar aceste episoade produc o deșteptare rapidă și completă, fără confuzie, amnezie sau activitate motorie caracteristică terorii de somn. Indivizii care au atacuri de panică în cursul somnului relatează că aceste simptome sunt practic identice cu cele ale atacurilor de panică survenind în timpul zilei. Prezența agorafobiei poate ajuta, de asemenea, la diferențierea celor două tulburări.

## Relația cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Teroarea de somn este practic identică cu terorile de somn din Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS). Deșteptările confuze, care pot surveni ca o tulburare independentă sau în legătură cu teroarea de somn, sunt, de asemenea, descrise în CITS. Deșteptările confuze sunt caracterizate prin deșteptări scurte din somnul cu unde lente cu confuzie, dar fără teroare sau deambulație.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.46 Teroarea de Somn

A. Episoade recurente de deșteptare bruscă din somn, survenind de regulă în cursul primei treimi a episodului de somn major și începând cu un strigăt de panică.

B. Frică intensă și semne de excitație vegetativă, cum ar fi tahicardia, respirația rapidă și transpirația, în cursul fiecărui episod.

C. Lipsa relativă de reactivitate la eforturile altora de a calma persoana în timpul episodului.

D. Nici un vis nu este evocat în detaliu și există amnezie pentru episod.

E. Episoadele cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

F. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale

## 307.46 Somnambulismul

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al somnambulismului îl constituie episoadele repetate de comportament motor complex inițiat în cursul somnului, implicând scularea din pat și mersul împrejur. Episoadele de somnambulism încep în cursul somnului cu unde lente și, ca atare, survin adesea în cursul primei treimi a nopții (criteriul A). În cursul episoadelor, individul prezintă o stare de vigilitate și reactivitate redusă, privire inexpresivă și o relativă lipsă de reactivitate la comunicarea cu alții sau la eforturile altora de a-l deștepta din somn (criteriul B). Dacă se deșteaptă în timpul episodului (ori la deșteptare, dimineața următoare), individul își amintește foarte puțin de evenimentele din timpul episodului (criteriul C). După episod, poate exista inițial o scurtă perioadă de confuzie sau de dificultate în orientare, urmată de recuperarea completă a funcției cognitive și comportamentului corespunzător (criteriul D). Somnambulismul trebuie să cauzeze detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul E). Somnambulismul nu trebuie să fie diagnosticat dacă comportamentul se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (criteriul F).

Episoadele de somnambulism pot include o varietate de comportamente. În episoadele ușoare (denumite uneori „deșteptări confuze"), individul se poate ridica pur și simplu în pat, poate privi în jur ori trage de pătură sau de cearceaf. Mai tipic, individul se dă realmente jos din pat și poate nimeri în garderob, poate ieși din cameră, urca sau coborî pe scări și chiar ieși din casă. Indivizii pot utiliza camera de baie, pot mânca și vorbi în cursul episoadelor. Pot surveni, de asemenea, fuga și încercările nesăbuite de a scăpa de o falsă amenințare. Cele mai multe

comportamente din cursul episoadelor de somnambulism sunt rutiniere și de complexitate redusă. Au fost raportate însă cazuri de descuiere a ușilor și chiar de manipulare a unor mașinării. În special în coplărie, somnambulismul poate include comportamente necorespunzătoare (de ex., urinatul în cameră). Cele mai multe episoade durează de la câteva minute până la o jumătate de oră.

Episoadele de somnambulism se pot termina prin deșteptări spontane urmate de o scurtă perioadă de confuzie, ori individul se întoarce în pat și continuă să doarmă până dimineața. Nu rar, individul se poate deștepta dimineața următoare în alt loc, ori cu proba faptului că a efectuat o anumită activitate în timpul nopții, dar cu amnezie completă pentru eveniment. Unele episoade pot fi urmate de amintirea vagă a unor imagini fragmentare de vis, dar de regulă nu de vise asemenea unei narațiuni tipice.

În cursul episoadelor de somnambulism, indivizii pot vorbi și chiar răspunde la întrebările altora. Pronunția lor este însă defectuoasă și un dialog veritabil este rar. Indivizii pot răspunde la cererile altora de a-și înceta activitatea și de a se întoarce în pat. Aceste comportamente sunt efectuate, însă, cu un nivel redus de vigilitate, iar deșteptarea individului din episodul de somnambulism este foarte dificilă. Dacă se deșteaptă, individul rămâne confuz timp de câteva minute și apoi revine la starea de vigilitate normală.

Pentru a fi pus diagnosticul, individul trebuie să experienteze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic. Indivizii pot evita situațiile care ar putea revela altora comportamentul lor (de ex., copiii pot evita vizitarea amicilor sau mersul în tabere de vară; adulții pot evita să doarmă cu parteneri de pat, să meargă în concedii sau să stea departe de casă). Poate rezulta izolare socială sau dificultăți profesionale.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Stimuli interni (de ex., distensia vezicii) ori stimuli externi (de ex., zgomotele) pot crește probabilitatea unui episod de somnambulism, așa cum o pot face stresorii psihosociali și uzul de alcool sau de sedative. Unii indivizi cu somnambulism pot relata, de asemenea, episoade de mâncat în cursul nopții, cel mai adesea cu amnezie completă sau parțială. Ei pot constata faptul că au mâncat, numai dimineața următoare. Indivizii se pot vătăma în cursul episoadelor de somnambulism prin lovirea de diverse obiecte, mersul pe scări, ieșitul afară și mersul pe partea exterioară a ferestrelor. Riscul de vătămare consecutivă crește dacă episoadele de somnambulism includ elemente ale terorii de somn, asociate de fugi sau lovirea de diverse obiecte. Indivizii cu somnambulism și teroare de somn pot, de asemenea, vătăma pe alții în cursul episoadelor.

La indivizii cu somnambulism, pot surveni și alte parasomnii asociate cu somnul fără mișcări oculare rapide (NREM) (de ex., teroarea de somn). Somnambulismul la copii nu este asociat de regulă cu alte tulburări mentale, dar la adulți poate fi asociat cu tulburări de personalitate, tulburări afective sau cu tulburări anxioase.

**Date de laborator asociate.** Polisomnografia, utilizând procedee de rutină cu adăugarea monitorizării audiovizuale, poate documenta episoadele de somnambulism. Episoadele încep în primele câteva ore de somn, în cursul somnului profund (de regulă în stadiile 3 și 4 de somn NREM), cu toate că unii

indivizi, de ex., adulții mai în etate, pot prezenta episoadele în cursul stadiului 2 de somn NREM. Precedând episodul, EEG arată adesea o activitate delta ritmică („hipersincronă") cu voltaj crescut, care persistă și în cursul deșteptării. Semnele EEG de deșteptare din somn, cum ar fi activitatea alfa, pot apare, de asemenea, la începutul episodului. Cel mai frecvent, EEG este obscurizată prin artefacte induse de mișcări în timpul episodului efectiv. Ritmul cardiac și ritmul respirator pot crește la începutul episodului. Aceste modificări pot surveni în cursul unui episod de somnambulism complet ori al unui eveniment comportamental mai minor (cum ar fi deșteptarea confuză). Alte constatări polisomnografice pot include un număr crescut de tranziții înafara stadiilor 3 și 4 de somn, creșterea deșteptărilor în cursul somnului NREM și o reducere a eficienței somnului.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Febra sau deprivarea de somn pot crește frecvența episoadelor de somnambulism. Sindromul de apnee de somn obstructivă, mișcarea periodică a membrelor și alte tulburări care pot produce întreruperea severă a somnului cu unde lente pot fi asociate, de asemenea, cu episoade de somnambulism. A fost notată o asociere între somnambulism, cefaleele migrenoase, narcolepsie și alte condiții neurologice la un subset de indivizi.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Nici un fel de comunicări nu au oferit proba clară a diferențelor în legătură cu cultura în manifestările somnambulismului, dar este posibil ca semnificația și cauzele atribuite somnambulismului să difere între diversele culturi. Pe eșantioanele clinice, episoadele de activitate violentă în cursul somnambulismului este foarte posibil să survină la adulți (în special la bărbați), pe când episoadele de mâncat în cursul somnambulismului sunt observate mai frecvent la femei. Somnambulismul la femei survine mai frecvent în copilărie, pe când la bărbați, în perioada adultă.

## Prevalență

Între 10% și 30% dintre copii au avut cel puțin un episod de somnambulism, iar 2%-3% merg adesea în somn. Prevalența somnambulismului (marcată de episoade repetate și deteriorare sau detresă) este mult mai redusă, probabil de ordinul a 1%-5%. Anchetele epidemiologice raportează o prevalență a episoadelor de somnambulism (nu a somnambulismului ca tulburare) de 1%-7% printre adulți, cu episoade survenind săptămânal sau lunar în 0,5%-0,7% din cazuri.

## Evoluție

Somnambulismul poate apare în orice moment după ce un copil este capabil să meargă, dar episoadele survin cel mai frecvent pentru prima dată între etatea de 4 și 8 ani. Prevalența maximă survine în jurul etății de 12 ani. Episoadele survin rar pentru prima dată la adulți, iar unele comportamente asociate, cum ar fi mâncatul în cursul nopții pot surveni la câțiva ani după debutul somnambulismului. Debutul somnambulismului la adulții fără istoric de somnambulism în copilărie trebuie să determine o cercetare promptă a etiologiilor specifice, cum ar fi uzul unei substanțe ori o condiție neurologică. Majoritatea adulților cu somnambulism au, de

asemenea, un istoric de episoade de somnambulism în cursul copilăriei. Somnambulismul in copilărie dispare de regulă spontan la începutul adolescenței, de regulă la etatea de 15 ani. Mai rar, episoadele pot avea o evoluție recurentă, cu revenire la începutul perioadei adulte, după încetarea lor în ultima parte a copilăriei. Somnambulismul la adulți urmează cel mai adesea o evoluție cronică, cu ameliorări și agravări succesive. Episoadele de somnambulism pot surveni, ca evenimente izolate, la orice etate, dar cel mai frecvent pattern îl constituie episoadele repetate survenind după o perioadă de mai mulți ani.

## Pattern familial

Somnambulismul agregă printre membrii familiei. Un istoric familial de somnambulism sau de terori de somn a fost descris în până la 80% dintre indivizii care merg în somn. Riscul de somnambulism este crescut în plus (până la mai mult de 60% dintre descendenți) când ambii părinți au un istoric al tulburării. Transmisia genetică este sugerată de prevalența crescută de gemeni monozigoți ca opusă celei de gemeni dizigoți, dar modul exact de eritare nu este cunoscut.

## Diagnostic diferențial

Mulți copii au episoade izolate sau rare de somnambulism, cu sau fără evenimente precipitante. Limita exactă dintre **episoadele de somnambulism fără semnificație clinică** și somnambulismul ca tulburare este indistinctă. Episoadele frecvente, vătămările, un comportament mai activ sau violent, și deteriorarea socială rezultând din somnambulism este posibil să facă pe părinții copilului să solicite ajutor și justifică diagnosticul de somnambulism. Episoadele care au persistat din copilărie până târziu în adolescență, ori care apar de novo la adulți, este foarte posibil să justifice un diagnostic de somnambulism.

Clinic poate fi dificil să se distingă somnambulismul de **teroarea de somn** când există o tentativă de a „scăpa" de stimulul terifiant. În ambele cazuri, individul prezintă mișcări, dificultate în deșteptare și amnezie pentru eveniment. Un strigăt inițial, semnele de frică și panică intensă și excitația vegetativă sunt mai caracteristice terorii de somn. Somnambulismul și teroarea de somn pot apare la același individ, și în astfel de cazuri trebuie diagnosticate ambele.

**Tulburarea de somn în legătură cu respirația**, în special sindromul apneei de somn obstructive, poate produce, de asemenea, deșteptări confuze cu amnezie consecutivă. Însă, tulburarea de somn în legătură cu respirația este caracterizată, de asemenea, prin simptome de stertor, pauze în respirație și somnolență diurnă. La unii indivizi, tulburarea de somn în legătură cu respirația poate precipita episoadele de somnambulism.

„Tulburarea de comportament din somnul REM" este altă parasomnie (vezi **parasomnia fără altă specificație**) care poate fi dificil de distins de somnambulism. Tulburarea de comportament din somnul REM se caracterizează prin episoade de mișcări complexe, notabile, implicând adesea vătămarea persoanei respective. În contrast cu somnambulismul, tulburarea de comportament din somnul REM survine în timpul somnului cu mișcări oculare rapide, adesea în ultima parte a nopții. Indivizii cu tulburare de comportament în somnul REM se deșteaptă ușor și relatează mai detaliat conținutul viu al visului decât o fac indivizii cu somambulism. Un mic număr de indivizi poate prezenta deșteptare din somn confuză cu activitate motorie survenind în cursul somnului NREM și REM.

Diagnosticul definitiv în aceste cazuri trebuie să se bazeze pe o evaluare atentă a datelor clinice, polisomnografice și a altor date de laborator.

O varietate de alte comportamente poate surveni odată cu deșteptările parțiale din somn. Deșteptările confuze seamănă cu episoadele de somnambulism sub toate aspectele, cu excepția datului jos din pat. „Beția de somn" este o stare în care individul prezintă o tranziție prelungită de la somn la vigilitate, dimineața. Individul poate fi dificil de deșteptat din somn, acesta putând rezista violent eforturilor de a-l deștepta. Din nou, deambulația sau alte comportamente mai complexe disting somnambulismul. Atât deșteptările confuze, cât și beția de somn pot surveni, însă, la indivizii cu somnambulism.

**Epilepsia morfeică** poate produce episoade de comportament insolit care survin numai în cursul somnului. Individul este areactiv și amnezic pentru episod. De regulă, epilepsia morfeică produce mișcări stereotipe, perseverative, de complexitate mai redusă decât cele din somnambulism. În cele mai multe cazuri, indivizii cu epilepsie morfeică au, de asemenea, episoade similare și în timpul stării de vigilitate. EEG prezintă elemente de epilepsie, incluzând activitate paroxistică în cursul episoadelor și elemente intercritice alteori. Prezența crizelor morfeice nu include însă, prezența episoadelor de somnambulism. Epilepsia morfeică trebuie diagnosticată ca **tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale, de tip parasomnie** (vezi pag. 651).

Somnambulismul poate fi indus de uzul sau de abstinența de substanțe sau de medicamente (de ex., alcool, benzodiazepine, opiacee, cocaină, nicotină, antipsihotice, antidepresive triciclice, cloral hidrat). În astfel de cazuri, trebuie pus diagnosticul de **tulburare de somn indusă de o substanță, de tip parasomnie** (vezi pag. 655).

**Fuga disociativă** prezintă similarități superficiale cu somnambulismul. Fuga este rară la copii, începe de regulă când individul este vigil, durează ore sau zile și nu este caracterizată prin perturbări de conștiință. Somnambulismul trebuie diferențiat, de asemenea, de **simulare** sau de **alt comportament voluntar care survine în cursul vigilității**, deși în unele cazuri o astfel de distincție poate fi dificilă Elementele care sugerează somnambulismul includ un istoric pozitiv în copilărie, un comportament stereotip sau de complezitare redusă în cursul episoadelor de somnambulism, absența beneficiului secundar al individului din comportamentul său nocturn și prezența datelor polisomnografice tipice, cum ar fi deșteptările repetate din somnul NREM. În plus, poate fi dificil pentru individ să falsifice în mod convingător aspectul sau comportamentul din somnambulism, sub observație directă sau când este înregistrat video în laboratorul de somn..

## Relația cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Somnambulismul tulburare este practic identic cu somnambulismul, așa cum este descris în Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS). CITS include alte două tulburări care pot avea elemente similare cu somnambulismul: deșteptările confuze și sindromul mâncatului (băutului) nocturn.

### Criteriile de diagnostic pentru 307.46 Somnambulism

A. Episoade repetate de sculat din pat în timpul somnului și mers împrejur, survenind de regulă în prima treime a episodului de somn major.

B. În timp ce somnambulează, persoana are o față rigidă, inexpresivă, este relativ nonreactivă la eforturile altora de a comunica cu ea, și poate fi deșteptată numai cu mare dificultate.

C. La deșteptare (fie din episodul de somnambulism, fie dimineața următoare), persoana are amnezie pentru episod.

D. Timp de mai multe minute după deșteptarea din episodul de somnambulism, nu există nici o deteriorare a activității mentale sau a comportamentului (deși inițial poate exista o scurtă perioadă de confuzie sau dezorientare).

E. Somnambulismul cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

F. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau unei condiții medicale generale.

## 307.47 Parasomnia Fără Altă Specificație

Categoria de parasomnie fără altă specificație este rezervată perturbărilor caracterizate prin evenimente comportamentale sau fiziologice anormale în timpul somnului sau al tranzițiilor somn-vigilitate, dar care nu satisfac criteriile pentru o parasomnie mai specifică. Exemplele includ:

1. Tulburarea de comportament din somnul REM: activitate motorie, adesea de natură violentă, care apare în timpul somnului cu mișcări oculare rapide (REM). Contrar somnambulismului, aceste episoade tind să apară mai târziu noaptea și sunt asociate cu evocarea vie a visului.
2. Paralizia de somn: o incapacitate de a efectua vreo mișcare voluntară în cursul tranziției dintre vigilitate și somn. Episoadele pot surveni la începutul somnului (hipnagogice) ori la deșteptare (hipnopompice). Episoadele sunt asociate de regulă cu o anxietate extremă și, în unele cazuri, cu frica de moarte iminentă. Paralizia de somn survine frecvent ca un simptom auxiliar al narcolepsiei și, în astfel de cazuri, nu trebuie să fie codificată separat.
3. Situațiile în care clinicianul a ajuns la concluzia că este prezentă o parasomnie, dar este incapabil să precizeze dacă aceasta este primară, datorată unei condiții medicale generale ori indusă de o substanță.

# Tulburările de Somn în legătură cu Altă Tulburare Mentală

## 307.42 Insomnia în legătură cu Altă Tulburare Mentală
## 307.44 Hipersomnia în legătură cu Altă Tulburare Mentală

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al insomniei în legătură cu altă tulburare mentală și al hipersomniei în legătură cu altă tulburare mentală îl constituie prezența fie a insomniei, fie a hipersomniei, care este considerată a fi în legătură temporală și cauzală cu altă tulburare mentală. Insomnia sau hipersomnia, care este consecința fiziologică directă a unei substanțe, nu este inclusă aici. Astfel de prezentări trebuie să fie diagnosticate ca tulburare de somn indusă de o substanță (vezi pag. 655). Insomnia în legătură cu altă tulburare mentală este caracterizată printr-o acuză de dificultate în a adormi, deșteptări frecvente din somn în cursul nopții sau un sentiment marcat de somn nereconfortant, care durează de cel puțin o lună și este asociat cu fatigabilitate diurnă sau deteriorarea funcționării diurne (criteriul A). Hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală este caracterizată printr-o acuză, fie de somn nocturn prelungit, fie de episoade de somn diurn repetate, timp de cel puțin o lună (criteriul A). Atât în insomnia, cât și-n hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală, simptomele în relație cu somnul cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul B). Insomnia sau hipersomnia nu este explicată mai bine de altă tulburare de somn (de ex., narcolepsia, tulburarea de somn în legătură cu respirația ori o parasomnie), iar hipersomnia nu este explicată mai bine de o cantitate inadecvată de somn (criteriul D). Perturbarea de somn nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament), ori ale unei condiții medicale generale (criteriul E).

Perturbările somnului sunt elemente comune altor tulburări mentale. Un diagnostic adițional de insomnie sau hipersomnie în legătură cu altă tulburare mentală este pus, numai când perturbarea de somn este acuza predominantă și este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată (criteriul C). Indivizii cu acest tip de insomnie sau hipersomnie se centrează de regulă pe perturbarea lor de somn, mergând până la excluderea simptomelor caracteristice ale tulburării mentale în care acestea apar, și a căror prezență poate deveni evidentă numai după un interogatoriu specific și persistent. Nu rar, ei atribuie simptomele tulburării lor mentale faptului că dorm rău.

Multe tulburări mentale pot implica uneori insomnia sau hipersomnia ca probleme dominante. Indivizii cu tulburare depresivă majoră se plâng adesea de dificultate în a adormi ori de a rămâne adormiți, sau de deșteptare precoce dimineața, cu incapacitatea de a relua somnul. Hipersomnia în legătură cu o tulburare afectivă este asociată cel mai adesea cu tulburarea afectivă bipolară, cel

mai recent episod depresiv, ori cu un episod depresiv major, cu elemente atipice. Indivizii cu anxietate generalizată relatează adesea dificultate în adormire și se pot deștepta cu ruminații anxioase, în mijlocul nopții. Unii indivizi cu panică au atacuri de panică nocturne, care pot duce la insomnie. O insomnie importantă este observată adesea în timpul exacerbărilor schizofreniei și altor tulburări psihotice, dar este rar acuza predominantă. Alte tulburări mentale care pot fi în legătură cu insomnia includ tulburările de adaptare, tulburările somatoforme și tulburările de personalitate.

## Procedee de înregistrare

Numele diagnosticului începe cu tipul de perturbare de somn (adică, insomnie sau hipersomnie) urmat de numele tulburării de pe axa I sau axa II cu care aceasta este în legătură, pe axa I (de ex., 307.42 Insomnie în legătură cu tulburarea depresivă majoră). Tulburarea mentală specifică trebuie codificată, de asemenea, după caz, pe axa I sau pe axa II.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Deoarece, prin definiție, sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea mentală asociată, elementele asociate ale insomniei sau hipersomniei în legătură cu altă tulburare mentală includ elementele caracteristice și asociate ale tulburării mentale asociate.

Indivizii cu insomnie în legătură cu altă tulburare mentală pot prezenta același tip de deșteptare condiționată și condiționare negativă pe care o prezintă și indivizii cu insomnie primară. De exemplu, ei vor nota anxietate crescută pe măsură ce se apropie ora de mers la culcare, ameliorarea somnului când sunt scoși din ambianța uzuală de somn și o tendință de a petrece prea mult timp în pat. Ei pot avea, de asemenea, un istoric de tratamente medicamentoase multiple și inadecvate pentru acuzele lor de insomnie. Indivizii cu hipersomnie în legătură cu altă tulburare mentală vor sublinia frecvent simptomele de fatigabilitate, „paralizia de plumb" sau lipsa completă de energie. La o chestionare atentă, acești indivizi pot fi mai detresați de astfel de simptome în legătură cu fatigabilitatea decât de adevărata somnolență. Ei pot avea, de asemenea, un istoric de uz inadecvat de medicamente stimulante, inclusiv de cafeină.

**Date de laborator asociate.** Datele polisomnografice caracteristice (dar nu diagnostice) din episodul depresiv major includ: 1) perturbarea continuității somnului, cum ar fi prelungirea latenței de somn, creșterea vigilității intermitente și deșteptarea matinală precoce; 2) reducerea stadiilor 3 și 4 de somn fără mișcări oculare rapide (NREM) (somnul cu unde lente), cu o comutare în activitatea cu unde lente, departe de prima perioadă NREM); 3) scăderea latenței mișcărilor oculare rapide (REM) (adică, o durată mai scurtă a primei perioade NREM); 4) creșterea densității REM (adică, a numărului de mișcări oculare reale din cursul REM); și 5) creșterea duratei somnului REM la începutul nopții. Anomaliile de somn pot fi puse în evidență la 40%–60% dintre pacienții ambulatori și în până la 90% dintre pacienții internați cu episod depresiv major. Evidența sugerează că cele mai multe din aceste anomalii persistă și după remisiunea clinică și pot precede debutul episodului depresiv major inițial.

Datele polisomnografice din episoadele maniacale sunt similare cu cele constatate în episoadele depresive majore. În schizofrenie, somnul REM este redus precoce în cursul unei exacerbări acute, cu o revenire la valorile normale pe măsură ce starea clinică se ameliorează. Latența REM poate fi redusă. Timpul total de somn este adesea diminuat sever în schizofrenie, iar somnul cu unde lente este de regulă redus în timpul exacerbărilor. Indivizii cu panică pot avea deșteptări paroxistice la intrarea în stadiile 3 și 4 de somn (NREM); aceste deșteptări sunt însoțite de tahicardie, creșterea ritmului respirator și simptome cognitive și emoționale de atacuri de panică. Cele mai multe tulburări mentale produc patternuri nespecifice de perturbare a somnului (de ex., prelungirea latenței de somn sau deșteptări frecvente).

Testarea în laborator a somnolenței diurne, prin testul de latență a somnului multiplu, la indivizii cu hipersomnie în legătură cu altă tulburare mentală, prezintă adesea nivele normale sau numai ușoare de somnolență fiziologică în comparație cu indivizii cu hipersomnie primară sau cu narcolepsie.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale asociate.** Indivizii cu insomnie sau hipersomnie în legătură cu altă tulburare mentală pot apare ca extenuați, epuizați sau livizi în timpul examinării de rutină. Condițiile medicale generale asociate cu aceste tulburări de somn sunt aceleași cu cele asociate cu tulburarea mentală subiacentă.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

În unele culturi, acuzele în legătură cu somnul pot fi văzute ca relativ mai puțin stigmatizante decât tulburările mentale. Ca atare, indivizii din unele medii culturale, este foarte probabil că vor prezenta mai curând acuze de insomnie sau hipersomnie decât alte simptome (de ex., depresie, anxietate).

Copiii și adolescenții cu tulburare depresivă majoră se prezintă în general cu mai puțină perturbare de somn subiectivă și cu mai puține modificări polisomnografice decât adulții mai în etate. În general, hipersomnia este un element mai comun tulburărilor depresive la adolescenți și adulții tineri, iar insomnia este mai frecventă la adulții mai în etate.

Tulburările de somn în legătură cu altă tulburare mentală sunt mai frecvente la femei decât la bărbați. Această diferență este probabil în legătură cu prevalența crescută a tulburărilor afective și a tulburărilor anxioase la femei, mai curând decât cu oricare altă diferență în susceptibilitatea la problemele de somn.

## Prevalență

Problemele de somn sunt extrem de frecvente în toate tipurile de tulburări mentale, dar nu există estimări exacte ale procentajului de indivizi care le prezintă, în primul rând din cauza bulversării somnului. Insomnia în legătură cu altă tulburare mentală este cel mai frecvent diagnostic (35%–50%) printre indivizii care se prezintă la centrele de tulburări de somn pentru evaluarea insomniei cronice. Hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală este un diagnostic mult mai puțin frecvent (mai puțin de 5%) printre indivizii evaluați pentru hipersomnie la centrele de tulburări de somn.

## Evoluție

Evoluția tulburărilor de somn în legătură cu altă tulburare mentală urmează în general pe cea a tulburărilor mentale subiacente. Perturbarea somnului poate fi unul dintre cele mai precoce simptome care apar la indivizii care dezvoltă consecutiv o tulburare mentală asociată. Simptomele de insomnie sau de hipersomnie fluctuează considerabil în decursul timpului. La mulți indivizi cu depresie, în special la cei tratați cu medicamente, perturbarea somnului se poate ameliora rapid, adesea mai repede decât alte simptome ale tulburării mentale subiacente. Pe de altă parte, alți indivizi au insomnie persistentă sau intermitentă, chiar după ce alte simptome ale tulburării lor depresive majore s-au remis. Indivizii cu tulburare bipolară au adesea simptome distinctive în legătură cu somnul, în funcție de natura episodului curent. În timpul episoadelor maniacale, indivizii experientează hiposomnie, deși ei se plâng rar de incapacitatea lor de a dormi. Pe de altă parte, acești indivizi pot avea o detresă semnificativă în legătură cu hipersomnia din cursul episoadelor depresive majore. Indivizii cu tulburări psihotice au cel mai adesea o înrăutățire notabilă a somnului în cursul unei exacerbări acute, dar relatează apoi o ameliorare, pe măsură ce simptomele psihotice se amendează.

## Diagnostic diferențial

Insomnia sau hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală nu trebuie să fie diagnosticată la fiecare individ cu o tulburare mentală care are, de asemenea, simptome în legătură cu somnul. Un diagnostic de insomnie sau de hipersomnie în legătură cu altă tulburare mentală trebuie să fie pus numai când simptomele hipnice sunt severe și se află în centrul unei atenții clinice separate. Pentru cei mai mulți indivizi cu **tulburare depresivă majoră** care relatează dificultăți de adormire sau de a rămâne adormiți la mijlocul nopții, nu este justificat un diagnostic separat de tulburare de somn. Dacă însă, individul se plânge în primul rând de o perturbare hipnică, ori dacă insomnia este disproporționată în comparație cu celelalte simptome, atunci poate fi justificat un diagnostic adițional de insomnie în legătură cu altă tulburare mentală.

Distingerea **insomniei primare** ori a **hipersomniei primare** de insomnia sau hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală poate fi extrem de dificilă la indivizii care se prezintă, atât cu simptome clinice semnificative de perturbare de somn, cât și cu alte simptome ale unei tulburări mentale. Diagnosticul de insomnie sau de hipersomnie în legătură cu altă tulburare mentală se bazează pe trei judecăți. Prima, insomnia sau hipersomnia trebuie considerate ca atribuibile tulburării mentale (de ex., insomnia sau hipersomnia survin exclusiv în cursul tulburării mentale). A doua, insomnia sau hipersomnia trebuie să fie acuza principală și trebuie să fie suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. A treia, prezentarea simptomelor trebuie să satisfacă integral criteriile pentru altă tulburare mentală. Un diagnostic de insomnie primară sau de hipersomnie primară este adecvat când (așa cum este adesea cazul) insomnia sau hipersomnia este acompaniată de simptome (de ex., de anxietate sau de dispoziție depresivă) care nu satisfac criteriile pentru o tulburare mentală specifică. Un diagnostic de insomnie primară este, de asemenea, adecvat pentru indivizii cu insomnie cronică, și care dezvoltă mai târziu o tulburare afectivă sau anxioasă. Dacă simptomele de insomnie sau de hipersomnie persistă mult timp după ce celelalte simptome ale

tulburării mentale în legătură cu care apar s-au remis complet, diagnosticul trebuie să fie schimbat din insomnie sau hipersomnie în legătură cu altă tulburare mentală în cel de insomnie sau hipersomnie primară.

Insomnia sau hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală nu este diagnosticată dacă tabloul clinic este explicat mai bine de **altă tulburare de somn** (de ex., narcolepsia, tulburarea de somn în legătură cu respirația ori o parasomnie).

Insomnia sau hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală trebuie să fie distinsă de o **tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale**. Diagnosticul este cel de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale, când perturbarea de somn este considerată a fi consecința fiziologică directă a unei condiții medicale specifice (de ex., feocromocitom, hipertiroidism). Această precizare se bazează pe istoric, datele de laborator și examenul somatic (vezi pag. 651 pentru o discuție suplimentară). O **tulburare de somn indusă de o substanță** se distinge de insomnia sau hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală prin faptul că o substanță (de ex., un drog de abuz, un medicament) este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea de somn (vezi pag. 655 pentru o discuție suplimentară). De exemplu, insomnia care survine numai în contextul unui consum excesiv de cafea trebuie să fie diagnosticată ca tulburare de somn indusă de cafeină, de tip insomnie.

Tulburarea de somn în legătură cu altă tulburare mentală trebuie să fie diferențiată de **patternurile de somn normale**, precum și de alte tulburări de somn. Deși acuzele de insomnie sau hipersomnie ocazională sunt frecvente în populația generală, ele nu sunt acompaniate de regulă de alte semne și simptome ale unei tulburări mentale. Tulburările de somn tranzitorii sunt reacții comune la evenimente de viață stresante și în general nu justifică un diagnostic. Un diagnostic separat de insomnie sau de hipersomnie în legătură cu o tulburare de adaptare trebuie să fie luat în considerație numai când perturbarea de somn este extrem de severă și de prelungită.

## Relația cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS) include diagnostice analoage pentru tulburările de somn în legătură cu altă tulburare mentală și în mod specific citează psihozele, tulburările afective, tulburările anxioase, panica și alcoolismul.

## Criteriile de diagnostic pentru 307.44 Insomnia în legătură cu... *(Se indică tulburarea de pe axa I sau II)*

A. Acuza predominantă o constituie dificultatea în inițierea sau menținerea somnului, sau un somn nereconfortant pentru cel puțin o lună, și care este asociată cu fatigabilitate diurnă sau deteriorarea activității diurne.

B. Perturbarea de somn (sau consecințele sale din timpul zilei) cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

C. Insomnia este considerată a fi în legătură cu altă tulburare de pe axa I sau axa II (de ex., tulburarea depresivă majoră, anxietatea generalizată, tulburarea de adaptare cu anxietate), dar este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată.

D. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare de somn (de ex., narcolepsia, tulburarea de somn în legătură cu respirația, o parasomnie).

E. Perturbarea nu este datorată efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale.

## Criteriile de diagnostic pentru 307.44 Hipersomnia în legătură cu ... *(Se indică tulburarea de pe axa I sau axa II)*

A. Acuza predominantă o constituie somnolența excesivă timp de cel puțin o lună după cum este evidențiat, fie prin episoade de somn prelungite, ori prin episoade de somn diurne care survin aproape zilnic.

B. Somnolența excesivă cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

C. Hipersomnia este considerată a fi în legătură cu altă tulburare de pe axa I sau axa II (de ex., tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică), dar este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată.

D. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare de somn (de ex., narcolepsia, tulburarea de somn în legătură cu respirația, o parasomnie) sau de o cantitate inadecvată de somn.

E. Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale.

# Alte Tulburări de Somn

## 780.xx Tulburarea de Somn datorată unei Condiții Medicale Generale

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de somn datorate unei condiții medicale generale îl constituie o perturbare notabilă de somn care este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată (criteriul A), și este datorată unei condiții medicale generale. Simptomele pot include insomnia, hipersomnia, o parasomnie ori o combinație oarecare a acestora. Din istoric, examenul somatic ori datele de laborator, trebuie să rezulte faptul că perturbarea de somn este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale (criteriul B). Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală, cum ar fi o tulburare de adaptare, în care stresorul este o condiție medicală severă (criteriul C). Diagnosticul nu este pus dacă perturbarea de somn survine numai în cursul unui delirium (criteriul D). Prin convenție, perturbările de somn datorate unei tulburări de somn în legătură cu respirația (de ex., apneea de somn) ori narcolepsiei nu sunt incluse în această categorie (criteriul E). Simptomele tulburării de somn trebuie să cauzeze detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii de funcționare importante (criteriul F).

În a preciza dacă perturbarea de somn se datorează unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să stabilească mai întâi prezența unei condiții medicale generale. Apoi, clinicianul trebuie să stabilească faptul că perturbarea de somn este etiologic în relație cu condiția medicală generală printr-un mecanism fiziologic. O evaluare atentă și cuprinzătoare a numeroși factori este necesară pentru a face această judecată. Deși nu există criterii infailibile pentru a preciza dacă relația dintre perturbarea de somn și condiția medicală generală este etiologică, câteva considerente oferă o oarecare ghidare în acest domeniu. Un prim considerent îl constituie prezența unei asocieri temporale între debutul, exacerbarea sau remisiunea condiției medicale generale și cea a perturbării de somn. Un al doilea considerent îl constituie prezența de elemente care sunt atipice pentru tulburările de somn primare (de ex., etatea la debut sau evoluția atipică, ori absența unui istoric familial). Datele din literatură care sugerează că poate exista o asociere directă între condiția medicală generală în chestiune și dezvoltarea perturbării de somn, pot oferi un context util în aprecierea unei anumite situații. În afară de aceasta, clinicianul trebuie, de asemenea, să stabilească dacă perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare primară de somn, de o tulburare de somn indusă de o substanță ori de alte tulburări mentale primare (de ex., tulburările de adaptare). Această precizare este explicată mai în detaliu în secțiunea „Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale" (vezi pag. 181).

### Subtipuri

Subtipurile menționate mai jos pot fi utilizate pentru a indica anume care dintre următoarele prezentări de simptome predomină. Tabloul clinic al tulburărilor de

somn specifice datorate unei condiții medicale generale poate semăna cu cel al tulburării de somn primare analoge. Însă, nu trebuie să fie satisfăcute integral criteriile de diagnostic pentru tulburarea de somn primară analogă pentru a stabili un diagnostic de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale.

**De tip insomnie.** Acest subtip se referă la o acuză de somn caracterizată în primul rând prin dificultăți în a adormi, dificultăți în menținerea somnului ori un sentiment de somn nereconfortant.

**De tip hipersomnie.** Acest subtip este utilizat când acuza predominantă este una de somn nocturn excesiv de lung sau de somnolență excesivă în timpul orelor de vigilitate.

**De tip parasomnie.** Acest subtip se referă la o perturbare de somn caracterizată în primul rând prin evenimente care survin în asociație cu somnul sau cu tranzițiile somnului.

**De tip mixt.** Acest subtip trebuie să fie utilizat pentru a desemna o problemă de somn datorată unei condiții medicale generale caracterizate prin simptome hipnice multiple, dar nici un simptom nu predomină clar.

## Procedee de înregistrare

În înregistrarea diagnosticului unei tulburări de somn datorate unei condiții medicale generale, clinicianul trebuie să noteze, atât fenomenologia specifică a perturbării, inclusiv subtipul corespunzător, cât și condiția medicală generală considerată a fi cauzând perturbarea, pe axa I (de ex., 780.52 Tulburare de somn datorată tireotoxicozei, de tip insomnie). Codul ICD-9-CM pentru condiția medicală generală trebuie, de asemenea, notat pe axa III (de ex., 242.9 tireotoxicoză). (Vezi anexa G pentru lista codurilor diagnostice ICD-9-CM selectate pentru condițiile medicale generale).

## Elemente și tulburări asociate

**Date de laborator asociate.** Datele de laborator sunt concordante cu condiția medicală generală subiacentă. Nu există date polisomnografice care să fie specifice întregului grup de tulburări de somn datorate unei condiții medicale generale. Cele mai multe condiții medicale generale cauzează o reducere a duratei totale de somn, o creștere a deșteptărilor, o diminuare a somnului cu unde lente și (mai puțin concordant) o diminuare a somnului cu mișcări oculare rapide (REM) ori a densității fazice a REM. Unele condiții medicale produc date polisomnografice mai specifice. De exemplu, indivizii cu sindrom fibromialgic se plâng de somn nereconfortant și au adesea un pattern distinct de activitate EEG alfa în timpul somnului fără mișcări oculare rapide (NREM). Crizele epileptice morfeice duc la descărcări EEG specifice, concordante cu tipul de crize epileptice subiacente.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Indivizii cu tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale este de presupus că trebuie să aibă datele somatice tipice ale condiției medicale generale subiacente. Perturbările de somn pot rezulta dintr-o varietate de condiții medicale generale și neurologice incluzând (dar nu limitate la) tulburările neurologice degenerative (de ex., maladia Parkinson, maladia Huntington), maladia cerebrovasculară (de ex., insomnia urmând leziunilor vasculare ale trunchiului cerebral superior), condiții

endocrine (de ex., hiper- sau hipotiroidismul, hipo- sau hiperadrenocorticismul), infecții urinare și bacteriene (de ex., hipersomnia în legătură cu encefalita virală) tusea în legătură cu o maladie pulmonară, alta decât condițiile respiratorii în legătură cu somnul (de ex., bronșita cronică) și durerea din maladiile musculo-scheletale (de ex., artrita reumatoida, fibromialgia). Condiția medicală generală în care hipersomnia poate fi prezentă ca element de nucleu al maladiei include distrofia miotonică și sindromul Prader-Willi.

## Diagnostic diferențial

Tulburările de somn sunt extrem de comune în contextul unui delirium; ca atare, un diagnostic separat de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale nu este pus, dacă perturbarea survine exclusiv în cursul unui delirium. Din contra, un diagnostic de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale poate fi pus pe lângă un diagnostic de **demență**, dacă perturbarea de somn este consecința etiologică directă a procesului patologic cauzând demența, iar tulburarea de somn este o parte proeminentă a tabloului clinic.

Tulburarea de somn datorată unei condiții medicale generale trebuie să fie diferențiată de perturbările presupuse din patternurile de somn, tulburările de somn primare, tulburările de somn în legătură cu altă tulburare mentală și tulburările de somn induse de o substanță. Mulți indivizi experientează o **perturbare de somn în cursul unei condiții medicale generale sau neurologice**. În majoritatea cazurilor, astfel de acuze nu merită un diagnostic adițional de tulburare de somn. Diagnosticul de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale trebuie să fie rezervat mai curând cazurilor în care perturbarea de somn este un element clinic remarcabil, sunt prezente simptome atipice ori individul este suficient de detresat de către simptomele hipnice sau de deteriorarea asociată, că este necesar un tratament specific pentru această perturbare.

Tulburările de somn datorate unei condiții medicale generale sunt caracterizate prin simptome similare celor din **tulburările primare de somn.** Diagnosticul diferențial se bazează nu pe simptome specifice ci, mai curând, pe prezența sau absența unei condiții medicale considerate a fi etiologic în legătură cu acuza hipnică. În cazurile de **narcolepsie** și de **tulburare de somn în legătură cu respirația**, etiologia subiacentă a perturbării somnului se presupune a fi o condiție medicală generală. Însă, în aceste două exemple tipice, condiția medicală nu există independent de simptomele hipnice. Pentru acest motiv, cele două tulburări sunt incluse în secțiunea „tulburărilor de somn primare".

Diferențierea unei tulburări de somn datorate unei condiții medicale generale de o **tulburare de somn indusă de o substanță** poate fi foarte dificilă. În multe cazuri, indivizii cu o condiție medicală semnificativă iau adesea medicamente pentru condiția respectivă; aceste medicamente, în schimb, pot cauza simptome în legătură cu somnul. De exemplu, un individ poate prezenta o întrerupere a somnului în legătură cu astmul. Însă, individul respectiv poate fi tratat și cu preparate de teofilină care, în unele cazuri, pot produce ele însele o perturbare a somnului. Diferențierea unei tulburări de somn datorate unei condiții medicale generale de o tulburare de somn indusă de o substanță se bazează adesea pe cronologie, răspunsul la tratament sau întreruperea medicației și evoluția longitudinală. În unele cazuri, pot fi adecvate diagnostice concomitente de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale și de tulburare de somn indusă de o

substanță. În cazurile în care un drog de abuz este suspectat a fi cauza tulburării de somn, un screening al drogului în sânge sau în urină poate ajuta la diferențierea acestei probleme de o tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale.

Dacă clinicianul nu poate preciza dacă perturbarea de somn este primară, este în legătură cu altă tulburare mentală, se datorează unei condiții medicale generale sau este indusă de o substanță, diagnosticul corespunzător este cel de dissomnie sau parasomnie fără altă specificație.

## Relația cu Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn

Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn (CITS) conține secțiunea generală „Tulburări de somn medicale și psihiatrice". Sunt prezentate diagnosticele specifice pentru tulburările de somn asociate cu tulburări neurologice (cu șapte exemple menționate) și tulburările de somn care sunt asociate cu alte tulburări medicale (cu șapte exemple menționate). Deși, în mod special, sunt citate numai 14 tulburări medicale și neurologice în CITS, clinicianul poate diagnostica o tulburare de somn asociată cu oricare altă tulburare medicală, simplu, prin utilizarea codurilor ICD-9-CM corespunzătoare.

### Criteriile de diagnostic pentru 780.xx Tulburarea de Somn datorată ... *(Se indică condiția medicală generală)*

A. O perturbare notabilă de somn care este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată.

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator există probe că perturbarea de somn este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., o tulburare de adaptare, în care stresorul este o maladie medicală severă).

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

E. Perturbarea nu satisface criteriile pentru tulburarea de somn în legătură cu respirația sau narcolepsie.

F. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

*De specificat* tipul:

**.52 de tip insomnie**: dacă perturbarea de somn predominantă este insomnia;
**.54 de tip hipersomnie**: dacă perturbarea de somn predominantă este hipersomnia;
**.59 de tip parasomnie**: dacă perturbarea de somn predominantă este o parasomnie;
**.59 de tip mixt:** dacă este prezentă mai mult decât o singură tulburare de somn, dar nu predomină nici una.

**Notă de codificare:** A se include numele condiției medicale generale pe axa I, de ex., 780.52 Tulburare de somn datorată tulburării pulmonare obstructive cronice, de tip insomnie; de asemenea, condiția medicală generală se codifică pe axa III (vezi anexa G pentru coduri).

# Tulburarea de Somn indusă de o Substanță

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de somn induse de o substanță îl constituie o perturbare notabilă a somnului, suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată (criteriul A) și care este considerată a fi datorată efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament sau expunere la un toxic) (criteriul B). În funcție de substanța implicată, poate fi notat unul din cele patru tipuri de perturbare de somn. Insomnia și hipersomnia sunt tipurile cele mai frecvente, iar parasomnia este tipul cel mai puțin întâlnit. Un tip mixt poate fi notat când este prezent mai mult decât un singur tip de perturbare de somn, dar nu predomină nici unul. Perturbarea nu trebuie să fie explicată mai bine de o tulburare mentală care nu este indusă de o substanță (criteriul C). Diagnosticul nu este pus dacă perturbarea de somn survine numai în cursul unui delirium (criteriulD). Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul E). Acest diagnostic trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță ori de abstinență de o substanță, numai când simptomele sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată. Pentru un comentariu mai detaliat al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 191.

O tulburare de somn indusă de o substanță se distinge de o tulburare de somn primară și de insomnia sau hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală prin luarea în considerație a debutului și evoluției. Pentru drogurile de abuz, trebuie să existe probe de dependență, abuz, intoxicație sau de abstinență, din istoric, examenul somatic sau datele de laborator. Tulburările de somn induse de o substanță apar numai în asociere cu stările de intoxicație sau de abstinență, pe când tulburările de somn primare pot precede debutul uzului de o substanță sau pot surveni în cursul perioadelor de abstinență prelungită. Deoarece starea de abstinență de unele substanțe cu semiviață lungă (de ex., benzodiazepine) poate fi relativ lungă, debutul perturbării de somn poate avea loc în până la 4 săptămâni de la încetarea uzului de o substanță. Un alt considerent îl constituie prezența de elemente care sunt atipice pentru tulburările primare de somn (de ex., etatea la debut sau evoluția atipică). Din contra, factorii care sugerează că perturbarea de somn este explicată mai bine de o tulburare de somn primară includ persistența tulburării de somn pentru mai mult de 1 lună după terminarea intoxicației sau abstinenței acute; dezvoltarea de simptome care sunt substanțial în exces față de ceea ce ar fi de presupus, dat fiind tipul sau cantitatea de substanță utilizată sau durata uzului ori un istoric de tulburare de somn primară anterioară.

## Subtipuri și specificanți

Subtipurile citate mai jos pot fi utilizate pentru a indica pe cea care predomină dintre următoarele prezentări de simptome. Prezentarea clinică a tulburării de somn specifice induse de o substanță poate semăna cu cea a tulburării primare de somn analoge. Însă, criteriile complete pentru tulburarea de somn primară analogă nu trebuie să fie satisfăcute, pentru a stabili un diagnostic de tulburare de somn indusă de o substanță.

**De tip insomnie**. Acest subtip se referă la o acuză de somn caracterizată în primul rând prin dificultate în adormire, dificultate în a rămâne adormit sau sentimentul de somn nereconfortant.
**De tip hipersomnie**. Acest subtip este utilizat când acuza predominantă este una de somn nocturn excesiv de lung sau de somnolență excesivă în timpul orelor de vigilitate.
**De tip parasomnie**. Acest subtip se referă la o perturbare de somn caracterizată în primul rând prin evenimente comportamentale anormale, care survin în asociere cu somnul sau cu tranzițiile somn-vigilitate.
**De tip mixt**. Acest subtip trebuie să fie utilizat pentru a desemna o problemă de somn indus de o substanță, caracterizată prin multiple tipuri de simptome hipnice, dar în care nu predomină în mod clar nici un simptom.

Contextul apariției simptomelor de somn poate fi indicat prin utilizarea unuia din următorii specificanți:

**Cu debut în cursul intoxicației**. Acest specificant trebuie să fie utilizat dacă sunt satisfăcute criteriile pentru intoxicația cu o substanță, iar simptomele apar în cursul sindromului de intoxicație.
**Cu debut în cursul abstinenței**. Acest specificant trebuie să fie utilizat dacă sunt satisfăcute criterile pentru sindromul de abstinență de o substanță, iar simptomele apar în cursul sau la scurt timp după un sindrom de abstinență.

## Procedee de înregistrare

Numele tulburării de somn induse de o substanță începe cu cel al substanței specifice (de ex., alcool, metilfenidat, tiroxină) care este presupusă a fi cauza perturbării de somn. Codul diagnostic este selectat din lista claselor de substanțe prevăzute în setul de criterii pentru tulburarea de somn indusă de o substanță. Pentru substanțele care nu intră în nici una dintre clase (de ex., tiroxina), trebuie utilizat codul pentru „altă substanță". În afară de aceasta, pentru medicamentele prescrise în doze terapeutice, medicamentul specific poate fi indicat prin menționarea codului E corespunzător (vezi anexa G). Numele tulburării (de ex., tulburare de somn indusă de cafeină) este urmat de subtipul care indică simptomul predominant și de specificantul care indică contextul în care au apărut simptomele (de ex., 292.89 Tulburare de somn indusă de cafeină, de tip insomnie, cu debut în cursul intoxicației). Când se consideră că mai mult decât o singură substanță joacă un rol semnificativ în apariția tulburării de somn, trebuie să fie menționată fiecare în mod separat (de ex., 292.89 Tulburare de somn indusă de cocaină, de tip insomnie, cu debut în cursul intoxicației; 291.8 Tulburare de somn indusă de alcool, de tip insomnie, cu debut în cursul abstinenței). Dacă o substanță este considerată a fi factorul etiologic, dar substanța specifică sau clasa de substanță este necunoscută, poate fi utilizată categoria 292.89 Tulburare de somn indusă de o substanță necunoscută.

## Substanțe specifice

Tulburarea de somn indusă de o substanță apare cel mai frecvent în cursul intoxicației cu următoarele clase de substanțe: alcool, amfetamină și substanțe afine, cafeină, cocaină opiacee, și sedative, hipnotice și anxiolitice. Perturbările de

somn sunt întâlnite mai puțin frecvent în uzul de alte tipuri de substanțe. Tulburarea de somn indusă de altă substanță poate surveni, de asemenea, în asociație cu **abstinența** de următoarele clase de substanțe: alcool, amfetamină și substanțe afine, cocaină, opiacee și sedative, hipnotice și anxiolitice. Fiecare din tulburările de somn induse de o substanță produce patternuri de somn EEG care sunt asociate cu tulburarea, dar nu pot fi considerate ca diagnostice pentru aceasta. Profilul de somn EEG pentru fiecare substanță este apoi în relație cu stadiul de uz, adică, dacă este vorba de intoxicație, de uz cronic ori de abstinență urmând întreruperii uzului substanței.

**Alcoolul.** Tulburarea de somn indusă de alcool apare de regulă ca insomnie. În cursul intoxicației acute, alcoolul produce de regulă un efect sedativ imediat, cu somnolență crescută și reducere a vigilității pentru 3-4 ore. Aceasta este însoțită de o creștere în stadiile 3 și 4 de somn fără mișcări oculare rapide (NREM) și de o reducere a somnului cu mișcări oculare rapide (REM), în timpul studiilor asupra somnului EEG. După aceste efecte inițiale, individul are vigilitate crescută, somn neliniștit și, adesea, vise vii și încărcate anxios pentru restul perioadei de somn. Studiile asupra somnului EEG au arătat că în a doua jumătate a somnului după ingestia de alcool, stadiile 3 și 4 de somn sunt reduse, vigilitatea este crescută, iar somnul REM este, de asemenea, crescut. Alcoolul poate agrava tulburarea de somn în legătură cu respirația prin creșterea numărului de evenimente de apnee obstructivă. Prin continuarea uzului habitual, alcoolul continuă să prezinte un efect sedativ pasager pentru câteva ore, urmat de întreruperea continuității somnului pentru mai multe ore.

În timpul abstinenței alcoolice, somnul este perturbat flagrant. Individul are de regulă o continuitate a somnului întreruptă sever, acompaniată de o creștere a cantității și intensității somnului REM. Acesta este acompaniat adesea de o creștere a viselor vii și, în cel mai extrem exemplu, constituie o parte a deliriumului prin abstinență alcoolică. După abstinența acută, indivizii care au uzat cronic de alcool pot continua să se plângă de somn superficial, fragmentat, timp de săptămâni sau ani. Studiile EEG asupra somnului confirmă un deficit în somnul cu unde lente și o perturbare consistentă în continuitatea somnului în aceste cazuri.

**Amfetaminele și stimulantele afine.** Tulburarea de somn indusă de amfetamină se caracterizează prin insomnie în timpul intoxicației și prin hipersomnie în timpul abstinenței. În cursul perioadei de intoxicație acută, amfetamina reduce cantitatea totală de somn, crește latența somnului și perturbările continuității somnului, crește mișcările corpului și descrește somnul REM. Somnul cu unde lente tinde să fie redus. În timpul abstinenței din uzul cronic de amfetamină, indivizii experientează de regulă hipersomnie, atât cu prelungirea duratei somnului nocturn, cât și cu somnolență excesivă în timpul zilei. Somnul REM și somnul cu unde lente pot reveni la valori deasupra liniei de bază. Testele de latență de somn multiplu (TMLS) pot arăta, de asemenea, o creștere a somnolenței diurne în timpul fazei de abstinență.

**Cafeina.** Tulburarea de somn indusă de cafeină produce de regulă insomnie, deși unii indivizi se pot plânge de hipersomnie și de somnolență diurnă în legătură cu substanța (vezi pag. 764). Cafeina exercită un efect dependent de doză, creșterea dozelor cauzând o creștere a vigilității și o reducere a continuității somnului.

Polisomnografia poate indica o latență de somn prelungită, o vigilitate crescută și o reducere a somnului cu unde lente. Nu au fost descrise efecte notabile asupra somnului REM. Abstinența bruscă de la uzul cronic de cafeină poate produce hipersomnie. Unii indivizi pot, de asemenea, experienta hipersomnie între dozele zilnice de cafeină, pe măsură ce diminuă efectul stimulant imediat.

**Cocaina.** Ca și alte stimulante, cocaina produce de regulă insomnie în cursul intoxicațiilor acute și hipersomnie în cursul abstinenței. În cursul intoxicației acute, cantitatea totală de somn poate fi redusă drastic, cu numai câteva accese scurte de somn foarte fragmentat. Invers, abstinența după un exces de cocaină se asociază adesea cu o durată de somn extrem de prelungită.

**Opiaceele.** În cursul unui uz acut de scurtă durată, opiaceele produc de regulă o creștere a somnolenței și o creștere a profunzimii subiective a somnului. Somnul REM este redus de regulă prin administrarea acută de opiacee, cu puțină modificare generală în vigilitate sau timpul total de somn. Odată cu continuarea administrării, cei mai mulți indivizi devin toleranți la efectele sedative ale opiaceelor și pot începe să se plângă de insomnie. Aceasta se reflectă prin creșterea vigilității și reducerea timpului de somn, în studiile polisomnografice. Abstinența de opiacee se însoțește de regulă de acuze de hipersomnie, deși puține studii obiective au documentat această constatare.

**Sedativele, hipnoticele și anxioliticele.** Drogurile din această clasă (de ex., barbituricele, benzodiazepinele, meprobamatul, glutetimida și metiprilonul) au efecte similare, dar nu identice asupra somnului. Diferențele în durata de acțiune și semiviață pot afecta acuzele referitoare la somn și măsurările obiective ale somnului. În general, barbituricele și vechile droguri nonbarbiturice și nondiazepinice produc mai constant toleranță, dependență și abstinență severă, dar aceste fenomene pot fi notate la fel de bine și la benzodiazepine.

În intoxicația acută, drogurile sedativ-hipnotice produc creșterea previzibilă a somnului și reducerea în vigilitate. Studiile polisomnografice confirmă aceste efecte subiective în cursul administrării acute, precum și o reducere în somnul REM și o creștere în activitate a fusurilor de somn. Uzul cronic (în special de barbiturice și droguri mai vechi, nonbarbiturice și nonbenzodiazepinice) poate cauza toleranță cu revenirea insomniei. Dacă individul crește apoi doza, poate apare hipersomnie diurnă. Drogurile sedativ-hipnotice pot agrava tulburarea de somn în legătură cu respirația prin creșterea frecvenței și severității evenimentelor de apnee obstructivă de somn.

Întreruperea bruscă a uzului cronic de sedativ-hipnotice poate duce la insomnie de abstinență. Pe lângă reducerea duratei somnului, abstinența poate produce creșterea anxietății, tremurături și ataxie. Barbituricele și drogurile nonbarbiturice și nonbenzodiazepinice mai vechi sunt asociate, de asemenea, cu o incidență crescută a crizelor epileptice de abstinență, care sunt mult mai puțin frecvent observate la benzodiazepine. De regulă, drogurile sedativ-hipnotice cu durată scurtă de acțiune este foarte posibil să producă acuze de insomnie de abstinență, pe cînd cele cu durata mai lungă de acțiune sunt, cel mai adesea, asociate cu hipersomnie diurnă în timpul uzului activ. Cu toate acestea însă, orice drog sedativ-hipnotic poate eventual cauza, fie sedare diurnă, fie insomnie de abstinență. Abstinența de agenți sedativ-hipnotici poate fi confirmată prin studii

polisomnografice care indică reducerea duratei somnului, fragmentarea crescută a somnului și „revenirea" somnului REM.

**Alte substanțe.** Și alte substanțe pot produce perturbări de somn. Exemplele comune includ medicamentele care afectează sistemele nervos central și vegetativ (incluzând agoniștii și antagoniștii adrenergici, agoniștii și antagoniștii dopaminei, agoniștii și antagoniștii colinergici, agoniștii și antagoniștii serotoninergici, antihistaminicele și corticosteroizii). Clinic, astfel de medicamente sunt prescrise pentru controlul hipertensiunii și aritmiilor cardiace, maladiei pulmonare obstructive cronice, problemelor de motilitate gastrointestinală sau proceselor inflamatorii.

## Diagnostic diferențial

Perturbările de somn sunt întâlnite frecvent în contextul intoxicației cu o substanță sau al abstinenței de o substanță. Un diagnostic de tulburare de somn indusă de o substanță trebuie să fie pus în locul unui diagnostic de **intoxicație cu o substanță** ori de **abstinență de o substanță**, numai când perturbarea de somn este considerată a fi în exces față de cea asociată de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență, sau când perturbarea este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată. De exemplu, insomnia este un fenomen caracteristic al abstinenței de sedative, hipnotice sau anxiolitice. Tulburarea de somn indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice trebuie să fie diagnosticată în locul abstinenței de sedative, hipnotice sau anxiolitice, numai dacă insomnia este mai severă decât cea întâlnită de regulă în abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice, și necesită o atenție și un tratament special. Dacă perturbarea de somn indusă de o substanță survine exclusiv în cursul unui **delirium**, perturbarea de somn este considerată a fi un element asociat al deliriumului și nu este diagnosticată separat. În **tablourile clinice induse de o substanță care conțin o mixtură de diferite tipuri de simptome** (de ex., de somn, afective și anxioase), tipul specific de tulburare indusă de substanța de diagnosticat depinde de care tip de simptome predomină în tabloul clinic.

O tulburare de somn indusă de o substanță se distinge de o **tulburare de somn primară** și de **insomnia** sau **hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală** prin faptul că o substanță este considerată a fi etiologic în legătură cu simptomele (vezi pag. 655).

O tulburare de somn indusă de o substanță datorată unui tratament prescris pentru o tulburare mentală ori pentru o condiție medicală generală trebuie să-și aibă debutul în timpul cât persoana primește medicamentul (ori în cursul abstinenței, dacă există un sindrom de abstinență asociat cu medicamentul). Odată ce tratamentul este întrerupt, perturbarea de somn se va remite în decurs de câteva săptămâni (în funcție de semiviața substanței și prezența unui sindrom de abstinență). Așa cum s-a discutat mai sus, unele forme de probleme de somn pot persista însă la intensitate descrescândă timp de luni după abstinența de sedative, hipnotice sau anxiolitice. Cu aceste excepții, dacă simptomele persistă peste 4 săptămâni, vor trebui luate în considerație alte cauze pentru perturbarea de somn. Nu rar, indivizii cu o tulburare de somn primară fac uz de medicamente sau de droguri de abuz pentru a-și ușura simptomele. Dacă clinicianul consideră că substanța joacă un rol important în exacerbarea perturbării de somn, poate fi justificat un diagnostic adițional de tulburare de somn indusă de o substanță.

O tulburare de somn indusă de o substanță și **tulburarea de somn datorată unei condiții medicale generale** pot fi, de asemenea, dificil de distins. Ambele pot

produce simptome similare de insomnie, hipersomnie sau (mai rar) de parasomnie. În afară de aceasta, mulți indivizi cu condiții medicale generale care cauzează o tulburare de somn sunt tratați cu medicamente care pot cauza tulburări de somn. Cronologia simptomelor este cel mai important factor în distingerea între aceste două cauze de perturbare de somn. De exemplu, o perturbare de somn care precede clar utilizarea oricărui medicament pentru tratamentul unei condiții medicale generale va sugera un diagnostic de tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale. Invers, simptomele de somn care apar numai după instituirea tratamentului cu un anumit medicament sau substanță vor sugera o tulburare de somn indusă de o substanță. În mod similar, o perturbare de somn care apare în timpul tratamentului unei condiții medicale, dar care se ameliorează după întreruperea medicamentului, sugerează un diagnostic de tulburare de somn indusă de o substanță. Dacă clinicianul consideră că perturbarea se datorează, atât unei condiții medicale generale cât și unei substanțe, sunt puse ambele diagnostice (adică, tulburare de somn datorată unei condiții medicale generale și tulburare de somn indusă de o substanță). Când există insuficiente probe pentru a preciza că perturbarea de somn este datorată unei substanțe (inclusiv unui medicament) ori unei condiții medicale generale, sau este primară (adică, nu se datorează nici unei substanțe și nici unei condiții medicale generale) este indicată parasomnia fără altă specificație sau dissomnia fără altă specificație.

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea de Somn indusă de o Substanță

A. Perturbare notabilă de somn care este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată.

B. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator există proba, fie a (1), fie a (2):

   (1) simptomele de la criteriul A apar în cursul ori până într-o lună de la intoxicația sau abstinența de o substanță;
   (2) utilizarea unui medicament este etiologic în legătură cu perturbarea de somn.

C. Perturbarea nu este explicată mai bine de o tulburare de somn care nu este indusă de o substanță. Proba că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare de somn care nu este indusă de o substanță poate include următoarele: simptomele preced debutul uzului substanței (sau uzului medicamentului); simptomele persistă o perioadă considerabilă de timp (de ex., aproape o lună), după încetarea abstinenței acute sau a intoxicației severe, ori sunt considerabil în exces față de ceea ce ar fi de presupus, dat fiind tipul sau cantitatea de substanță utilizată sau durata uzului, ori există altă probă care sugerează existența unei tulburări de somn independente, noninduse de o substanță (de ex., un istoric de episoade recurente fără legătură cu o substanță).

D. Perturbarea nu survine exclusiv în cursul unui delirium.

E. Perturbarea de somn cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburarea de Somn indusă de o Substanță *(continuare)*

**Notă**: Acest diagnostic trebuie pus în locul unui diagnostic de intoxicație cu o substanță ori de abstinență de o substanță, numai când simptomele hipnice sunt în exces față de cele asociate de regulă cu sindromul de intoxicație sau de abstinență și când simptomele sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică separată.

*A se codifica* astfel tulburarea de somn indusă de o substanță specifică:

291.8 alcool; 292.89 amfetamină; 292.89 cafeină; 292.89 cocaină; 292.89 opiacee; 292.89 sedative, hipnotice sau anxiolitice; 292.89 altă substanță (sau o substanță necunoscută).

*De specificat* tipul:

**De tip insomnie**: dacă perturbarea de somn predominantă este insomnia;
**De tip hipersomnie**: dacă perturbarea de somn predominantă este hipersomnia;
**De tip parasomnie**: dacă perturbarea de somn predominantă este parasomnia.
**De tip mixt**: dacă este prezentă mai mult decât o singură perturbare de somn și nu predomină nici una.

*De specificat* dacă (vezi tabelul de la pag. 193 pentru aplicabilitate la substanță):

**Cu debut în cursul intoxicației**: dacă sunt satisfăcute criteriile pentru intoxicația cu o substanță, iar simptomele apar în cursul sindromului de intoxicație.
**Cu debut în cursul abstinenței:** dacă sunt satisfăcute criteriile pentru abstinența de o substanță, iar simptomele apar în cursul, sau scurt timp după sindromul de abstinență.

# Tulburările Controlului Impulsului Neclasificate în Altă Parte

Această secțiune include tulburările controlului impulsului care nu sunt clasificate ca parte a tabloului clinic al tulburărilor din alte secțiuni ale manualului (de ex., tulburările în legătură cu o substanță, parafiliile, tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de conduită, schizofrenia, tulburările afective pot avea elemente care implică probleme ale controlului impulsului). Elementul esențial al tulburărilor controlului impulsului îl constituie incapacitatea de a rezista unui impuls sau tentații de a efectua un act care este dăunător persoanei respective sau altora. În cele mai multe tulburări din această secțiune, individul simte o senzație crecândă de tensiune sau de excitație înainte de a comite actul, și apoi experientează plăcere, gratificație sau ușurare în timpul comiterii actului. După act, poate exista sau nu regret, autoreproș sau culpă. În această secțiune sunt incluse următoarele tulburări:

**Tulburarea explozivă intermitentă**, caracterizată prin episoade distincte de incapacitate de a rezista impulsiunilor agresive, ducând la atacuri grave sau distrugeri ale proprietății.

**Kleptomania**, caracterizată prin incapacitatea recurentă de a rezista impulsului de a fura obiecte care nu sunt necesare pentru uzul personal sau valoarea monetară.

**Piromania**, caracterizată printr-un pattern de punere a focului pentru plăcere, gratificație sau ușurare a tensiunii.

**Jocul de șansă patologic**, caracterizat printr-un comportament dezadaptativ recurent și persistent de joc de șansă.

**Tricotilomania**, caracterizată prin smulgerea recurentă a propriului păr, din plăcere, pentru gratificație sau ușurare a tensiunii, ceea ce duce la o pierdere apreciabilă a părului.

**Tulburarea controlului impulsului fără altă specificație**, care este inclusă pentru codificarea tulburărilor controlului impulsului care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre tulburările specifice ale controlului impulsului descrise mai sus ori în alte secțiuni ale manualului.

## 312.34 Tulburarea Explozivă Intermitentă

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării explozive intermitente îl constituie apariția de episoade distincte de incapacitate de a rezista impulsurilor agresive, ceea ce duce la acte agresive grave sau la distrugerea proprietății (criteriul A). Exemplele de acte agresive severe includ lovirea sau vătămarea în alt mod a altei persoane sau amenințarea verbală cu agresivitate fizică. Distrugerea proprietății implică

distrugerea intenționată a unui obiect de valoare; avarierea minoră sau neintenționată nu este suficient de severă pentru a satisface acest criteriu. Gradul de agresivitate exprimată în timpul unui episod este în mod flagrant disproporționat față de orice provocare sau stresor psihosocial precipitant (criteriul B). Un diagnostic de tulburare explozivă intermitentă este pus numai după excluderea altor tulburări mentale care ar putea explica episodul de comportament agresiv (de ex., tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de personalitate borderline, o tulburare psihotică, un episod maniacal, o tulburare de conduită ori tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție) (criteriul C). Episoadele agresive nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., un traumatism cranian, maladia Alzheimer) (criteriul C). Individul poate descrie episoadele agresive ca „perioade" sau „atacuri", în care comportamentul exploziv este precedat de un sentiment de tensiune sau de excitație și este urmat imediat de o senzație de ușurare. Mai târziu, individul se poate simți tulburat, plin de remușcări, de regrete sau jenat de comportamentul agresiv.

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Indivizii cu tulburare explozivă intermitentă descriu uneori impulsuri intense spre agresivitate, anterior actelor lor agresive. Episoadele explozive pot fi asociate cu simptome afective (iritabilitate sau furie, energie crescută, ideație accelerată) în cursul impulsurilor și actelor agresive și cu debutul rapid al unei dispoziții depresive și fatigabilități după acte. De asemenea, unii indivizi pot relata că episoadele lor agresive sunt precedate sau asociate adesea cu simptome ca tinitus, tremor, palpitații, opresiune toracică, presiune în cap sau auz în ecou. Indivizii pot descrie impulsurile lor agresive ca fiind extrem de detresante. Tulburarea poate duce la pierderea serviciului, eliminarea din școală, divorț, dificultăți în relațiile interpersonale sau la alte deteriorări în sferele ocupațională și socială, accidente (de ex., de circulație), spitalizare (de ex., din cauza leziunilor produse în bătăi sau accidente), probleme financiare, încarcerări sau alte probleme legale.

Între episoadele explozive pot fi prezente semne de impulsivitate sau agresivitate exagerată. Indivizii cu tulburare explosivă intermitentă pot relata probleme de mânie cronică și de episoade „subliminale" frecvente în care experientează impulsuri agresive, cărora, fie reușesc să nu le dea curs, fie se angajează în comportamente agresive mai puțin distructive (de ex., țipete sau datul cu pumnii într-un perete, fără să-l strice).

Indivizii cu trăsături narcisistice, obsesive, paranoide sau schizoide pot fi extrem de înclinați să prezinte bufee explozive de mânie când sunt stresați. Date preliminare sugerează că tulburarea explozivă intermitentă poate fi asociată cu tulburările afective, tulburările anxioase, tulburările de comportament alimentar, tulburările uzului de o substanță și cu alte tulburări ale controlului impulsului. Relatările din copilărie pot revela accese de furie, atenție deteriorată, hiperactivitate, și alte tulburări de comportament, cum ar fi furtul și incendierea.

**Date de laborator asociate.** Pot să existe date EEG nespecifice (de ex., lentoare) ori probe de anomalii la testarea neuropsihologică (de ex., dificultăți la inversarea literelor). Semne de alterare a metabolismului serotoninei (de ex., concentrații sub medie ale acidului 5-hidroxi-indol-acetic [5-HIAA]) au fost constatate în lichidul

cefalorahidian al unor indivizi impulsivi și înclinați spre furie, dar relația specifică a acestor constatări cu tulburarea explozivă intermitentă este neclară.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Pot exista semne „fruste" sau nespecifice la examenele neurologice (de ex., asimetrie de reflexe sau mișcări în oglindă). Pot fi prezente dificultăți de dezvoltare, indicatoare de o disfuncție cerebrală (de ex., lentoare în vorbire sau coordonare redusă). De asemenea, poate fi prezent un istoric de condiții neurologice (de ex., cefalei migrenoase, traumatism cranian, episoade de inconștiență, convulsii febrile în copilărie). Dacă însă clinicianul consideră că comportamentul agresiv este consecința efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale, trebuie pus în loc, diagnosticul de tulburare mentală datorată unei condiții mentale generale (de ex., modificare de personalitate datorată unui traumatism cranian, de tip agresiv; demență de tip Alzheimer, cu debut precoce, necomplicată, cu perturbare de comportament).

## Elemente specifice culturii și sexului

*Amok*-ul se caracterizează printr-un episod de comportament dezlănțuit acut, pentru care persoana invocă amnezie. Deși văzute tradițional în țările Asiei de Sud-Est, cazuri de amok au fost descrise și în Canada și Statele Unite. Contrar tulburării explozive intermitente, amok-ul survine de regulă, mai curând ca episod unic decât ca pattern de comportament agresiv și adesea se asociază cu elemente disociative proeminente. Comportamentul violent episodic este mai frecvent la bărbați decât la femei.

## Prevalență

Lipsesc informații demne de încredere, însă tulburarea explozivă intermitentă este, după cât se pare, rară.

## Evoluție

Sunt disponibile puține date despre etatea la debut a tulburării explozive intermitente, dar se pare că debutul are loc începând din ultima parte a adolescenței până în cea de a treia decadă a vieții. Modul de debut poate fi brusc și fără o perioadă prodromală. Evoluția tulburării explozive intermitente este variabilă, cu tulburare având o evoluție cronică la unii indivizi și cu o evoluție mai curând episodică la alți indivizi.

## Pattern familial

Tulburările afective, tulburările uzului de o substanță, tulburarea explozivă intermitentă și alte tulburări ale controlului impulsului pot fi mai frecvente printre rudele de gradul I ale indivizilor cu tulburare explozivă intermitentă decât în populația generală.

## Diagnostic diferențial

Comportamentul agresiv poate surveni în contextul multor alte tulburări mentale. Diagnosticul de tulburare explozivă intermitentă trebuie luat în considerație, numai după ce toate celelalte tulburări care sunt asociate cu impulsuri

sau cu comportament agresiv au fost excluse. Dacă comportamentul agresiv survine exclusiv în cursul unui **delirium**, diagnosticul de tulburare explozivă intermitentă nu este pus. La fel, când comportamentul apare ca parte a unei **demențe**, diagnosticul de tulburare intermitentă nu este pus, diagnosticul corespunzător fiind cel de demență, cu specificantul „cu perturbare de comportament". Tulburarea explozivă intermitentă trebuie să fie distinsă de **modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale, de tip agresiv** care este diagnosticată când patternul episoadelor agresive este considerat a fi datorat efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., un individ care a suferit o vătămare cerebrală într-un accident de automobil și prezintă consecutiv o modificare de personalitate caracterizată prin explozii de agresivitate). În cazuri rare, violența episodică poate surveni la indivizii cu epilepsie, în special de natură frontală și temporală (epilepsie complexă parțială).

Un istoric atent și o examinare neurologică detaliată sunt utile în efectuarea acestei precizări. De reținut că anomaliile nespecifice la examinarea neurologică (de ex., semnele „fruste") și modificările EEG nespecifice sunt compatibile cu diagnosticul de tulburare explozivă ntermitentă și au drept de preempțiune asupra diagnosticului, numai dacă ele sunt indicatoare ale unei condiții medicale generale diagnosticabile.

Explozii de agresivitate pot surveni, de asemenea, în asociere cu **intoxicația cu o substanță** ori cu **abstinența de o substanță**, în special când sunt în legatura cu alcoolul, phencyclidina, cocaina și alte stimulante, cu barbiturice și inhalante. Clinicianul trebuie să se informeze atent asupra naturii și întinderii uzului de substanță, iar un screening al drogului în sânge sau urină poate fi edificator.

Tulburarea explozivă intermitentă trebuie să fie distinsă de comportamentul agresiv sau eratic care poate apare în **tulburarea opozitionismul provocator, tulburarea de conduită, tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de personalitate borderline, episodul maniacal** și în **schizofrenie**. Dacă comportamentul agresiv este explicat mai bine ca diagnostic sau element asociat al altei tulburări mentale, diagnosticul separat de tulburare explozivă intermitentă nu este pus. Agresiunea impulsivă însă, la indivizii cu tulburare de personalitate antisocială și tulburare de personalitate borderline poate avea o relevanță clinică specifică, în care caz pot fi puse ambele diagnostice. De exemplu, dacă un individ cu diagnosticul de tulburare de personalitate borderline prezintă episoade distincte de incapacitate de a rezista impulsurilor agresive care duc la acte de agresivitate verbală sau fizică severe sau la distrugerea proprietății, poate fi justificat un diagnostic adițional de tulburare explozivă intermitentă.

**„Atacurile de furie"** - episoade bruște de furie, asociate cu excitație vegetativă (tahicardie, transpirații, congestie facială) și sentimentul de pierdere a controluluiau fost descrise la indivizii cu **tulburare depresivă majoră** și la cei cu **panică**. Dacă aceste atacuri survin numai în cadrul unui episod depresiv major sau al unui atac de panică, nu trebuie să fie luate în considerație pentru diagnosticul de tulburare explozivă intermitentă. Dacă însă aceste atacuri survin și alteori decât în cursul episoadelor depresive majore sau al atacurilor de panică și satisfac criteriul tulburării explozive intermitente pentru atacuri agresive, pot fi puse ambele diagnostice.

Comportamentul agresiv poate surveni, desigur, și când nu este prezentă nici o tulburare mentală. **Comportamentul intențional** se distinge de tulburarea explozivă intermitentă prin prezența motivației și beneficiului din actul agresiv. În situații medicolegale, indivizii pot **simula** tulburarea explozivă intermitentă pentru a evita responsabilitatea pentru comportamentul lor.

**Furia ca reacție normală la anumite evenimente de viață sau situații ambientale** trebuie, de asemenea, să fie distinsă de furia care poate apare ca parte a unui episod agresiv în tulburarea explozivă intermitentă, survenind cu foarte puțină sau fără nici un fel de provocare.

### Criteriile de diagnostic pentru 312.34 Tulburarea Explozivă Intermitentă

A. Mai multe episoade distincte de incapacitate de a rezista impulsurilor agresive care duc la acte agresive severe sau la distrugerea proprietății.

B. Gradul de agresivitate manifestată în cursul episoadelor este disproporționat în mod flagrant în raport cu orice stresori psihosociali precipitanți.

C. Episoadele de agresivitate nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală (de ex., tulburarea de personalitate antisocială, tulburarea de personalitate borderline, o tulburare psihotică, un episod maniacal, tulburarea de conduită ori tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție) și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., un traumatism cranian, maladia Alzheimer).

## 312.32 Kleptomania

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al kleptomaniei îl constituie incapacitatea recurentă de a rezista impulsurilor de a fura diverse lucruri, chiar dacă acestea nu sun necesare pentru uzul personal ori pentru valoarea lor monetară (criteriul A). Individul experientează o creștere a sentimentului subiectiv de tensiune înaintea furtului (criteriul B) și simte plăcere, gratificare sau ușurare când comite furtul (criteriul C). Furtul nu este comis pentru a exprima furia și răzbunarea, nu este făcut ca răspuns la o idee delirantă sau halucinație (criteriul D), și nu este explicat mai bine de tulburarea de conduită, de un episod maniacal ori de tulburarea de personalitate antisocială (criteriul E). Obiectele sunt furate în disprețul faptului că ele sunt de regulă de mică valoare pentru individ, care-și poate permite să le plătească și pe care adesea le aruncă sau se debarasează de ele. Ocazional, individul poate depozita obiectele furate sau le poate returna pe ascuns. Deși indivizii cu această tulburare evită în general să fure când este probabilă arestarea imediată (de ex., în văzul unui ofițer de poliție), de regulă ei nu-și planifică dinainte furturile sau iau incomplet în considerație eventualitatea de a fi prinși. Furtul este comis fără asistența sau colaborarea altora.

### Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu kleptomanie experientează impulsul de a fura ca egodistonic și sunt conștienți de faptul că actul este infamant și lipsit de sens. Frecvent, persoana se teme să nu fie prinsă și adesea este depresivă sau se simte culpabilă în legătură cu

furturile, Kleptomania poate fi asociată cu cumpăratul compulsiv precum și cu tulburările depresive (în special cu tulburarea depresivă majoră), tulburările anxioase, tulburările de comportament alimentar (în special cu bulimia), tulburările de personalitate și cu alte tulburări de control ale impulsului. Tulburarea poate cauza dificultăți legale, familiale, în carieră și personale.

## Elemente specifice sexului

Date preliminare sugerează că în eșantioanele clinice aproximativ două treimi dintre indivizii cu kleptomanie sunt femei.

## Prevalență

Kleptomania este o condiție rară care apare la mai puțin de 5% dintre hoții din magazine identificați. Prevalența sa în populația generală este necunoscută.

## Evoluție

Etatea la debut a kleptomaniei este variabilă. Tulburarea poate debuta în copilărie, adolescență, perioada adultă, și în rare cazuri, în perioada adultă târzie. Există puține informații sistematice despre evoluția kleptomaniei, dar au fost descrise trei evoluții tipice: sporadică, cu episoade scurte și lungi perioade de remisiune; episodică, cu perioade prelungite de furturi și perioade de remisiune; și cronică, cu un oarecare grad de fluctuație. Tulburarea poate continua în șir, în disprețul numeroaselor condamnări pentru furt din magazine.

## Pattern familial

Nu există studii controlate asupra istoricului familial al kleptomaniei. Date preliminare sugerează însă că rudele de gradul I ale indivizilor cu kleptomanie pot avea procente de tulburare obsesivo-compulsivă mai crescute decât populația generală.

## Diagnostic diferențial

Kleptomania trebuie distinsă de **actele ordinare de furt** sau de **furt din magazine**. Furtul ordinar (dacă este planificat sau impulsiv) este deliberat și motivat de utilitatea obiectului ori de valoarea sa monetară. Unii indivizi, în special adolescenții, pot fura din spirit de aventură, ca un act de rebeliune ori ca un drept de trecere. Diagnosticul nu se pune decât dacă și alte caracteristici ale kleptomaniei sunt, de asemenea, prezente. Kleptomania este extrem de rară, pe când furtul din magazine este relativ frecvent. În **simulare**, indivizii pot simula simptomele kleptomaniei pentru a evita urmărirea în justiție. **Tulburarea de personalitate antisocială** și **tulburarea de conduită** se disting de kleptomanie printr-un pattern general de comportament antisocial. Kleptomania trebuie distinsă de furtul intenționat și necugetat care poate surveni în cursul unui **episod maniacal**, ca răspuns la idei delirante sau la halucinații (de ex., în **schizofrenie**), ori ca rezultat al **unei demențe**.

### Criteriile de diagnostic pentru 312.32 Kleptomanie

A. Incapacitatea recurentă de a rezista impulsurilor de a fura obiecte care nu sunt necesare pentru uz personal ori pentru valoarea lor monetară.

B. Senzație de tensiune imediat înaintea comiterii furtului.

C. Plăcere, gratificație sau ușurare în timpul comiterii furtului.

D. Furtul nu este comis pentru a exprima furia sau răzbunarea și nu este răspunsul la o idee delirantă sau la o halucinație.

E. Furtul nu este explicat mai bine de tulburarea de conduită, de un episod maniacal ori de tulburarea de personalitate antisocială.

## 312.33 Piromania

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al piromaniei îl constituie prezența a multiple episoade de punere deliberată și intenționată a focului (criteriul A). Indivizii cu această tulburare experientează tensiune sau excitație afectivă înaintea punerii unui foc (criteriul B). Există o fascinație cu interes, curiozitate sau atracție pentru foc și contextele sale situaționale (de ex., detalii, utilizări, consecințe) (criteriul C). Indivizii cu această tulburare sunt adesea „spectatori" regulați ai incendiilor din cartierele lor, pot declanșa alarme false, și le procură plăcere instituțiile, echipamentul și personalul asociat cu focul. Ei pot pierde mult timp la departamentul local de pompieri, provoacă incendii pentru a se alătura departamentului de pompieri ori devin chiar pompieri. Indivizii cu această tulburare experientează plăcere, gratificare sau o relaxare a tensiunii când provoacă incendiul, sunt martori la efectele sale ori participă la înlăturarea consecințelor sale (criteriul D). Incendierea nu este făcută pentru un beneficiu financiar, ca expresie a unei ideologii sociopolitice, ascunderea unei activități criminale, spre a exprima furia sau răzbunarea, spre a-și ameliora circumstanțele de viață ori ca răspuns la o idee delirantă sau la o halucinație (criteriul E). Incendierea nu rezultă din deteriorarea judecății (de ex., ca în demență, retardarea mentală sau intoxicația cu o substanță). Diagnosticul nu se pune, dacă incendierea este explicată mai bine de o tulburare de conduită, un episod maniacal ori de tulburarea de personalitate antisocială (criteriul F).

### Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu piromanie pot face pregătiri considerabile înainte de provocarea incendiului. Ei pot fi indiferenți la consecințele pentru viață sau proprietate cauzate de foc, ori pot procura satisfacție din distrugerea proprietății care rezultă din incendiu. Comportamentele pot duce la prejudicierea proprietății, consecințe legale, vătămare corporală sau pierderea vieții, pentru piroman sau pentru alții. Indivizii care pun foc impulsiv ( care pot avea sau nu piromanie) au adesea un istoric actual sau trecut de abuz sau dependență alcoolică.

## Elemente specifice etății și sexului

Deși incendierea este o problemă majoră la copii și la adolescenți (peste 40% dintre cei arestați pentru incendieri în Statele Unite au sub 18 ani), piromania în copilărie pare a fi rară. Incendierea juvenilă este asociată de regulă cu tulburarea de conduită, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție ori cu tulburarea de adaptare. Piromania survine cel mai adesea la bărbați, în special la cei cu aptitudini sociale mai reduse și cu dificultăți de învățare.

## Prevalență

Piromania este după cât se pare rară.

## Evoluție

Există insuficiente date pentru a stabili o etate tipică de debut a piromaniei. Relația dintre punerea focului în coplărie și piromanie în perioada adultă nu este bine stabilită. La indivizii cu piromanie, incidentele de punere a focului sunt episodice și pot crește și scade în frecvență. Evoluția longitudinală este necunoscută.

## Diagnostic diferențial

Este important să se excludă alte cauze de punere a focului înainte de a stabili diagnosticul de piromanie. Punerea intenționată a focului poate fi făcită pentru **profit, sabotaj sau răzbunare, pentru a ascunde o crimă, pentru a face o declarație politică** (de ex., un act de terorism sau de protest) ori pentru a **atrage atenția sau recunoașterea** (de ex., punerea unui foc în scopul descoperirii și prevenirii lui, ziua). Punerea focului poate apare, de asemenea, ca parte a unei **experientări de dezvoltare în copilărie** (de ex., jocul cu chibriturile, cu brichetele sau cu focul). Unii indivizi cu tulburări mentale utilizează punerea focului pentru a comunica o dorință ori o necesitate îndreptată adesea spre obținerea unei schimbări în natura sau amplasarea serviciilor. Această formă de punere a focului a fost denumită „incendiere comunicativă" și trebuie distinsă cu atenție de piromanie. Un diagnostic separat de piromanie nu se pune, când incendierea survine ca parte a **tulburării de conduită, a unui episod maniacal ori a tulburării de personalitate antisocială**, ori dacă ea survine ca răspuns la o idee delirantă sau la o halucinație (de ex., în **schizofrenie**) sau dacă este datorată efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale. Diagnosticul de piromanie nu trebuie, trebuie pus, de asemenea, pus când incendierea rezultă din deteriorarea asociată cu **demența, retardarea mentală ori cu intoxicația cu o substanță.**

### Criteriile de diagnostic pentru 312.33 Piromanie

A. Punerea deliberată și intenționată a focului în mai mult decât o singură ocazie.

B. Tensiune sau excitație afectivă înaintea actului.

C. Fascinație, interes, curiozitate sau atracție pentru foc și contextele sale situaționale (de ex., detalii, utilizări, consecințe).

D. Plăcere, gratificație sau ușurare când pune foc ori când asistă sau participă la înlăturarea consecințelor sale.

E. Punerea focului nu este făcută pentru un beneficiu financiar, ca expresie a unei ideologii sociopolitice, pentru a ascunde o activitate criminală, pentru a exprima furia sau răzbunarea, pentru a ameliora propriile circumstanțe de viață, ca răspuns la o idee delirantă sau halucinație, ori ca rezultat al deteriorării judecății (de ex., ca în demență, retardarea mentală, intoxicația cu o substanță).

F. Punerea focului nu este explicată mai bine de tulburarea de conduită, de un episod maniacal ori de tulburarea de personalitate antisocială.

## 312.31 Jocul de Șansă Patologic

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al jocului de șansă patologic, îl constituie un comportament de joc de șansă persistent și recurent dezadaptativ (criteriul A) care întrerupe urmărirea scopurilor personale, familiale sau profesionale. Diagnosticul nu se pune dacă comportamentul de joc de șansă este explicat mai bine de un episod maniacal (criteriul B).

Individul poate fi preocupat de jocul de șansă (de ex., retrăiește experiențe anterioare de joc de șansă, își planifică banii pentru următorul joc de șansă sau se gîndește la modurile în care să obțină banii cu care să joace) (criteriul A1). Cei mai mulți indivizi cu joc de șansă patologic spun că ei caută „acțiune" (o stare de excitație, de euforie), sau de aventură chiar mai mult decât bani. Pariuri tot mai mari ori riscuri mai mari pot fi necesare pentru a continua să producă nivelul dorit de excitație (criteriul A2). Indivizii cu joc de șansă patologic continuă adesea să joace în disprețul eforturilor repetate de a controla, reduce sau stopa comportamentul (criteriul A3). Poate exista neliniște sau iritabilitate când încearcă să reducă sau să stopeze jocul de șansă (criteriul A4). Individul poate juca ca mod de a scăpa de anumite probleme ori pentru a ușura o dispoziție disforică (de ex., sentimentele de vulnerabilitate, de culpă, anxietatea, depresia) (criteriul A5). Poate apare un pattern de „urmărire" (a recuperării) a propriilor pierderi, cu necesitatea urgentă de a continua jocul (adesea cu mize mai mari ori cu asumarea unor riscuri mai mari) spre a recupera o pierdere sau o serie de pierderi. Individul poate renunța la strategia sa de joc și poate încerca să recupereze toate pierderile o dată. Deși toți jucătorii de șansă pot urmări recuperarea pierderilor pentru scurte

perioadă de timp, urmărirea recuperării pierderilor pe termen lung este mai caracteristică indivizilor cu joc de șansă patologic (criteriul A6). Individul poate minți pe membrii familiei, pe terapeuți ori alte persoane, spre a ascunde dimensiunea implicării lui în jocul de șansă (criteriul A7). Când sursele de împrumut ale individului sunt epuizate, persoana poate recurge la comportament antisocial (de ex., la fals, fraudă, furt sau delapidare) spre a obține bani (criteriul A8). Individul poate să-și fi periclitat sau pierdut o relație ori un post important, ori o oportunitate educațională sau de carieră din cauza jocului de șansă (criteriul A9). Individul poate, de asemenea, să se angajeze într-un comportament de „scăpare" și recurge la familie sau la alții pentru ajutor în situații financiare disperate cauzate de jocul de șansă (criteriul A10).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** La indivizii cu joc de șansă patologic pot fi prezente distorsiuni în gândire (de ex., negare, superstiții, încredere exagerată ori un sentiment de putere și control). Mulți indivizi cu joc de șansă patologic cred că banii sunt, atât cauza, cât și soluția tuturor problemelor lor. Indivizii cu joc de șansă patologic sunt frecvent extrem de competitivi, energici, neliniștiți și fastidioși. Ei pot fi extrem de preocupați de a fi aprobați de către alții și pot fi generoși până la extravaganță. Când nu joacă, ei pot fi muncitori conștiincioși sau „compulsivi", care așteaptă până ce sunt puși în fața unor termene limită înainte de a munci realmente din greu. Pot fi înclinați să dezvolte condiții medicale generale asociate cu stresul (de ex., hipertensiune, ulcer peptic, migrenă). Indivizii care solicită tratament pentru jocul de șansă au procente relativ mari de ideație suicidară și de tentative de suicid. Studiile asupra indivizilor cu joc de șansă patologic sugerează că un istoric de simptome de inatenție și de hiperactivitate în copilărie pot fi un factor de risc pentru dezvoltarea mai târziu în viață a jocului de șansă patologic. Procente crescute de tulburări afective, de tulburare hiperactivitate/deficit de atenție, de abuz sau dependență de o substanță și de tulburări de personalitate antisocială, narcisistică și borderline au fost raportate la indivizii cu joc de șansă patologic.

**Date de laborator asociate.** Nu există date de laborator specifice care să fie diagnostice pentru jocul de șansă patologic. O varietate de date de laborator au fost raportate a fi anormale însă la bărbații cu joc de șansă patologic în comparație cu subiecții de control. Acestea includ dozarea neurotransmițătorilor și metaboliților lor în lichidul cefalorahidian și urină și măsurarea răspunsului la provocările neuroendocrine, implicând anomalii într-o varietate de sisteme de neurotransmițători, cum ar fi sistemele serotoninergic, noradrenergic și dopaminergic. La bărbații cu joc de șansă patologic au fost raportate anomalii în activitatea monoaminoxidazei plachetare. Indivizii cu joc de șansă patologic pot prezenta nivele crescute de impulsivitate la testele neuropsihologice.

## Elemente specifice culturii și sexului

Există variații culturale în prevalența și tipul activităților de joc (de ex., pai go, luptele de cocoși, cursele de cai, bursa). Aproximativ o treime dintre indivizii cu joc de șansă patologic sunt femei, dar în diferite arii geografice și culturi, rata sexului variază considerabil. Femeile cu tulburarea sunt mai susceptibile să fie

depresive și să joace ca o scăpare. Femeile sunt subreprezentate în programele de tratament pentru jocul de șansă și reprezintă numai 2%-4% din populația jucătorilor de șansă anonimi. Aceasta se explică prin stigmatul mai mare atașat femeilor jucătoare de șansă.

## Prevalență

Prevalența jocului de șansă patologic este influențată atât de accesibilitatea jocurilor de șansă și de durata accesibilității, astfel că odată cu accesibilitatea crescândă a jocurilor de șansă legalizate există o creștere a prevalenței jocului de șansă patologic. Studiile comunitare estimează prevalența pe viață a jocului de șansă patologic merge de la 0,4% la 3,4% la adulți, deși procentele de prevalență din unele zone (de ex. Puerto Rico, Australia) au raportate ca fiind mai mari de 7%. Procente de prevalență mai mari, mergând de la 2,8% la 8% au fost raportate la adolescenți și studenții de colegiu. Prevalența jocului de șansă patologic poate fi crescută printre indivizii cu tulburarea uzului de o substanță care solicită tratament.

## Evoluție

Jocul de șansă patologic începe de regulă precoce în adolescență la bărbați și mai târziu în viață la femei. Deși câțiva indivizi sunt „agățați" de la primul lor pariu, pentru cei mai mulți evoluția este mai insidioasă. Pot exista ani de joc de șansă social urmați de un debut brusc, care poate fi precipitat de o expunere mai mare la jocul de șansă ori de un stresor. Patternul de joc de șansă poate fi regulat sau episodic, iar evoluția tulburării este de regulă cronică. În general, există o progresiune în frecvența jocului de șansă, suma pariată și preocuparea pentru jocul de șansă și obținerea de bani cu care să joace. Dorința de a juca și activitatea de joc de șansă crește în general în cursul perioadelor de stres sau de depresie.

## Pattern familial

Jocul de șansă patologic și dependența de alcool sunt ambele mai frecvente printre părinții indivizilor cu joc de șansă patologic decât în populația generală.

## Diagnostic diferențial

Jocul de șansă patologic trebuie să fie distins de jocul de șansă social și de jocul de șansă profesionist. **Jocul de șansă social** are loc de regulă cu amicii și colegii și durează o perioadă limitată de timp, cu pierderi acceptabile prestabilite. **În jocul de șansă profesionist**, riscurile sunt limitate iar disciplina este centrală. Unii indivizi pot avea probleme asociate cu jocul lor de șansă (de ex., comportament de urmărire a recuperării piederilor pe termen scurt și de pierdere a controlului) care nu satisface integral criteriile pentru jocul de șansă patologic.

Pierderea judecății și un joc de șansă excesiv pot surveni în cursul unui **episod maniacal**. Un diagnostic adițional de joc de șansă patologic trebuie pus, numai dacă comportamentul de joc de șansă nu este explicat mai bine de episodul maniacal (de ex., un istoric de joc de șansă dezadaptativ, alteori decât în cursul unui episod maniacal). Invers, un individ cu joc de șansă patologic poate prezenta, în cursul unui joc de șansă compulsiv, un comportament care amintește un episod maniacal. Însă, îndată ce individul se îndepărtează de jocul de șansă, aceste

elemente quasimaniacale dispar. Probleme cu jocul de șansă pot surveni și la indivizii cu **tulburare de personalitate antisocială**; dacă sunt satisfăcute criteriile pentru ambele tulburări, pot fi diagnosticate ambele.

### Criteriile de diagnostic pentru 312.31 Jocul de Șansă Patologic

A. Comportament dezadaptativ de joc de șansă persistent și recurent, după cum este indicat de cinci (sau de mai multe) dintre următoarele:

(1) este preocupat de jocul de șansă (de ex., este preocupat de retrăirea experiențelor de joc anterioare, de handicap sau de planificarea șansei ori se gândește la modalitățile de procurare a banilor cu care să joace);
(2) necesită să joace cu sume crescânde de bani în vederea obținerii excitației dorite;
(3) are repetate eforturi infructuoase de a controla, reduce sau stopa jocul de șansă;
(4) este neliniștit sau iritabil când încearcă să reducă sau să stopeze jocul de șansă;
(5) joacă pentru a scăpa de probleme ori pentru ușurarea unei dispoziții disforice (de ex., sentimente de vulnerabilitate, de culpă, anxietate sau depresie);
(6) după pierderea banilor la joc, revine în altă zi pentru a recupera („urmărirea recuperării" propriilor pierderi);
(7) minte membrii familiei, pe terapeut sau pe alții, spre a ascunde dimensiunea implicării în jocul de șansă patologic;
(8) a comis acte ilegale, precum falsul, frauda, furtul sau delapidarea, pentru a finanța jocul de șansă;
(9) a periclitat sau pierdut o relație importantă, un post, ori o oportunitate educațională sau de carieră din cauza jocului de șansă;
(10) se bazează pe alții spre a procura banii necesari ieșirii dintr-o situație financiară disperată cauzată de jocul de șansă.

B. Comportamentul jocului de șansă nu este explicat mai bine de un episod maniacal.

## 312.39 Tricotilomania

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tricotilomaniei îl constituie smulgerea recurentă a propriului păr, fapt care duce la o pierdere considerabilă a părului (criteriul A). Locurile de smulgere a părului pot include orice regiune a corpului în care crește păr (inclusiv regiunile axilară, pubiană și perianală), cele mai comune locuri fiind scalpul, sprâncenele și pleoapele. Smulgerea părului poate surveni în scurte perioade dispersate în cursul zilei ori în perioade mai rare, dar mai susținute, care pot continua timp de ore. În mod frecvent, circumstanțele stresante cresc comportamentul de smulgere a părului, dar o creștere de smulgere a părului poate surveni, de asemenea, în stările de relaxare și de distracție (de ex., când citește o

carte sau privește la televizor). O creștere a sentimentului de tensiune este prezentă imediat înantea smulgerii părului (criteriul B). La unii, tensiunea nu precede în mod necesar actul, ci este asociată cu tentativele de a rezista dorinței. Există gratificație, plăcere sau un sentiment de ușurare când se smulge părul (criteriul C). Unii indivizi experientează o senzație de „prurit" la nivelul scalpului, care este ușurată prin actul smulgerii părului. Diagnosticul nu este pus dacă smulgerea părului este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., ca răspuns la o idee delirantă sau la o halucinație) ori se datorează unei condiții medicale generale (de ex., inflamarea pielii ori alte condiții dermatologice) (criteriul D). Perturbarea trebuie să cauzeze detresă sau deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul E).

## Elemente și tulburări asociate

**Elemente descriptive și tulburări mentale asociate.** Examinarea rădăcinii părului, răsucirea lui, ruperea șuvițelor de păr între dinți sau tricofagia (mâncarea părului) pot surveni împreună cu tricotilomania. Smulgerea părului nu are loc de regulă în prezența altor persoane (cu excepția membrilor familiei imediate), iar situațiile sociale pot fi evitate. Indivizii neagă de regulă comportamentul lor avulsiv și ascund sau camuflează alopecia rezultată. Unii indivizi au dorința de a smulge părul altor persoane și uneori încearcă să găsească ocazii de a o face pe ascuns. Ei pot smulge păr de la animalele de casă, din păpuși ori din alte materiale fibroase (de ex., din pulover sau carpete). Roaderea unghiilor, scărpinatul, rosul și excorierea pot fi asociate cu tricotilomania. Indivizii cu tricotilomanie pot avea, de asemenea, tulburări afective, tulburări anxioase (în special tulburare obsesivo-compulsivă) tulburări ale uzului unei substanțe, tulburări de comportament alimentar, tulburări de personalitate sau retard mental.

**Date de laborator asociate.** Anumite date histologice sunt considerate caracteristice și pot ajuta la punerea diagnosticului când este suspectată tricotilomania, iar individul neagă simptomele. Probele biopsice din ariile implicate pot revela peri scurți și rupți. Examenul histologic va revela foliculi piloși normali și lezați în aceeași arie, precum și un număr crescut de peri catageni. Unii foliculi piloși pot prezenta semne de traumă (rugozități ale tecii externe a rădăcinii). Foliculii afectați pot fi vizi sau pot conține un material keratinos, intens pigmentat. Absența inflamației distinge alopecia indusă prin tricotilomanie de alopecia areată.

**Datele examinării somatice și condițiile medicale generale asociate.** Durerea nu este descrisă în mod regulat ca însoțind smulgerea părului; pruritul și furnicăturile în ariile implicate pot fi prezente. Patternurile de pierdere a părului sunt extrem de variabile. Ariile de alopecie completă sunt frecvente, precum și ariile de densitate notabilă a perilor subțiri. Când este implicat scalpul, poate exista o predilecție pentru regiunile parietale ori vertex. Suprafața scalpului nu prezintă de regulă nici o probă de escoriație. Poate exista un pattern de calviție aproape completă cu excepția unui perimetru îngust în jurul marginii externe a scalpului în special la ceafă („tonsura tricotilomanică"). Sprâncenele și genele pot fi complet absente. Rărirea perilor pubieni poate fi evidentă la inspecție. Pot exista arii lipsite de păr pe membre sau pe trunchi. Tricofagia poate duce la bezoari (cocoloașe de păr) care pot provoca anemie, durere abdominală, hematemeză, greață și vomă, ocluzie și chiar perforarea intestinului.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Printre copii cu tricotilomanie, bărbații și femeile sunt egal reprezentați. Printre adulți, tricotilomania este mult mai frecventă la femei decât la bărbați. Aceasta poate reflecta adevărata rată a sexului, a condiției ori poate reflecta căutarea tratamentul diferențial bazat pe atitudinile culturale sau bazat pe sex referitoare la aspect (de ex., acceptarea unei pierderi normative a părului printre bărbați).

## Prevalență

Nu sunt disponibile nici un fel de date referitoare la prevalența tricotilomaniei. Mai înainte se credea că tricotilomania este o condiție rară, acum însă se consideră că survine mai frecvent. De exemplu, o anchetă recente pe studenții de colegiu constată o rată pe viață de 0,6%.

## Evoluție

Perioadele tranzitorii de smulgere a părului din mica copilărie pot fi considerate o „habitudine" benignă cu o evoluție autolimitată. Indivizii care prezintă tricotilomanie cronică în perioada adultă relatează adesea debutul acesteia la începutul adolescenței. Unii indivizi au simptome continue timp de decade. Pentru alții, tulburarea poate apare și dispare dintr-o dată, timp de săptămâni, luni sau ani. Sediile smulgerii părului pot varia în decursul timpului.

## Diagnostic diferențial

La indivizii care neagă smulgerea părului, trebuie luate în considerație **alte cauze de alopecie** (de ex., alopecia areată, patternul de calviție masculină, lupusul eritematos cronic discoid, lichenul plan pilar, foliculita decalvantă, pseudopelada și alopecia mucinosa). Un diagnostic separat de tricotilomanie nu se pune, dacă comportamentul este explicat mai bine de o **altă tulburare mentală** (de ex., ca răspuns la o idee delirantă sau la o halucinație în schizofrenie). Smulgerea repetată a părului în tricotilomanie trebuie distinsă de compulsie, ca în **tulburarea obsesivo-compulsivă**. În tulburarea obsesivo-compulsivă, comportamentele repetitive sunt efectuate ca răspuns la o obsesie ori conform unor reguli care trebuie să fie aplicate rigid. Un diagnostic adițional de **tulburare de mișcare stereotipă** nu este pus, dacă comportamentul repetitiv este limitat la smulgerea părului. Alopecia autoprovocată din tricotilomanie trebuie distinsă de **tulburarea factice cu semne și simptome predominant somatice** în care motivația comportamentului o constituie asumarea rolului de pacient.

Mulți indivizi își răsucesc și se joacă cu părul, în special în stările de anxietate intensă, dar acest comportament nu desemnează de regulă pentru diagnosticul de tricotilomanie. Unii indivizi se pot prezenta cu elemente de tricotilomanie, dar alterarea părului poate fi atât de ușoară, că practic este indetectabilă. În astfel de situații, diagnosticul trebuie luat în considerație numai dacă individul experientează o detresă importantă. La copii, perioadele autolimitate de smulgere a părului sunt frecvente și pot fi considerate ca o „habitudine" temporară. Această formă de smulgere a părului a copilăriei diferă de formele de tricotilomanie ale adultului prin aceea că poate fi raportată tensiunea sau usurarea asociate cu smulgerea părului. De aceea, la copii, diagnosticul trebuie să fie rezervat pentru situațiile în care comportamentul a persistat mai multe luni.

### Criteriile de diagnostic pentru 312.39 Tricotilomanie

A. Smulgerea recurentă a propriului păr, ducând la o pierdere notabilă a părului.

B. Un sentiment de tensiune crescândă imediat înaintea smulgerii părului ori când încearcă să reziste comportamentului avulsiv.

C. Plăcere, gratificație sau ușurare când își smulge părul.

D. Perturbarea nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală și nu se datorează unei condiții medicale generale (de ex., o condiție dermatologică).

E. Perturbarea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

## 312.30 Tulburarea Controlului Impulsului Fără Altă Specificație

Această categorie este destinată tulburărilor controlului impulsului care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare specifică a controlului impulsului ori pentru altă tulburare mentală, având elemente care implică controlul impulsului, descrise în altă parte în manual (de ex., dependența de o substanță, o parafilie).

# Tulburările de Adaptare

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al unei tulburări de adaptare îl constituie răspunsul psihologic la un stresor identificabil care duce la apariția unor simptome comportamentale și emoționale semnificative clinic. Aceste simptome trebuie să apară în decurs de 3 luni de la debutul stresorului (stresorilor) (criteriul A). Semnificația clinică a reacției este indicată fie de detresa marcată care este în exces față de ceea ce ar fi de prevăzut, dată fiind natura stresorului, fie de deteriorarea semnificativă în funcționarea socială sau profesională (școlară) (criteriul B). Cu alte cuvinte, o reacție la un stresor care poate fi considerat normal sau previzibil poate totuși desemna pentru un diagnostic de tulburare de adaptare, dacă reacția este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă. Această categorie nu trebuie să fie utilizată dacă perturbarea satisface criteriile pentru o altă tulburare de pe axa I (de ex., o tulburare anxioasă sau afectivă specifică) ori este numai o exacerbare a unei tulburări preexistente pe axa I sau II (criteriul C). Cu toate acestea, o tulburare de adaptare poate fi diagnosticată în prezența altei tulburări de pe axa I sau II, dacă aceasta din urmă nu justifică patternul de simptome care au apărut ca răspuns la stresor. De asemenea, diagnosticul de tulburare de adaptare nu se aplică atunci când simptomele reprezintă doliul (criteriul D). Prin definiție, o tulburare de adaptare trebuie să se rezolve în decurs de 6 luni de la terminarea stresorului (ori a consecințelor sale) (criteriul E). Simptomele pot persista însă, o perioadă mai lungă de timp (de ex., mai lungă de 6 luni), dacă apar ca răspuns la un stresor cronic (de ex., o condiție medicală generală incapacitantă, cronică) ori la un stresor care are consecințe persistente (de ex., dificultăți afective sau financiare rezultând dintr-un divorț).

Stresorul poate fi un singur eveniment (de ex., terminarea unei relații romantice) ori pot exista stresori multipli (de ex., dificultăți în afaceri și probleme maritale notabile). Stresorii pot fi recurenți (de ex., asociați cu o criză sezonieră în afaceri) sau continui (de ex., a locui într-un cartier dominat de infractori). Stresorii pot afecta un singur individ, o întreagă familie, un grup mai mare sau o comunitate (de ex., un dezastru natural). Unii stresori pot acompania evenimente specifice de dezvoltare (de ex., mersul la școală, plecarea din casa părintească, căsătoria, faptul de a deveni părinte, incapacitatea de a-și atinge scopurile profesionale, pensionarea).

## Subtipuri și specificanți

Tulburările de adaptare sunt codificate conform subtipului care caracterizează cel mai bine simptomele predominante:

**309.0 Cu dispoziție depresivă.** Acest subtip trebuie utilizat când manifestările predominante sunt simptome precum dispoziția depresivă, plânsul sau sentimentele de disperare.

**309.24 Cu anxietate.** Acest subtip trebuie utilizat când manifestările predominante sunt simptome precum nervozitatea, preocuparea sau anxietatea ori, la copii, frica de separare de persoanele de atașament major.
**309.28 Cu dispoziție mixtă anxioasă și depresivă.** Acest subtip trebuie utilizat când manifestarea predominantă este o combinație de depresie și anxietate.
**309.3 Cu perturbare de conduită.** Acest subtip trebuie utilizat când manifestarea predominantă o constituie o perturbare de conduită în care există violarea drepturilor altora ori a regulilor și normelor sociale majore corespunzătoare etății (de ex., chiul, vandalism, condus neglijent, bătăi, neglijarea responsabilităților legale).
**309.4 Cu perturbarea mixtă a emoțiilor și conduitei.** Acest subtip trebuie utilizat când manifestări predominante sunt, atât simptome emoționale (de ex., depresie, anxietate), cât și o perturbare de conduită (vezi subtipul precedent)
**309.9 Nespecificat.** Acest subtip trebuie utilizat pentru reacțiile dezadaptative (de ex., acuze somatice, izolare socială, inhibiție în activitatea profesională sau școlară) la stresorii psihosociali, care nu sunt clasificabile ca subtipuri specifice de tulburare de adaptare.

Durata simptomelor unei tulburări de adaptare poate fi indicată prin alegerea unuia dintre următorii specificanți:

**Acută.** Acest specificant poate fi utilizat pentru a indica persistența simptomelor pentru mai puțin de 6 luni.
**Cronică.** Acest specificant poate fi utilizat pentru a indica persistența simptomelor timp de 6 luni sau mai mult. Prin definiție, simptomele nu pot persista mai mult de 6 luni după terminarea stresorului sau consecințelor sale. Specificantul „cronic" se aplică atunci când durata perturbării este mai lungă de 6 luni, ca răspuns la un stresor cronic sau la un stresor care are consecințe persistente.

## Procedee de înregistrare

Prezentarea simptomului predominant pentru o tulburare de adaptare trebuie să fie indicată prin alegerea codului și termenului diagnostic din lista de mai sus, urmată, dacă se dorește, de specificantul de acut sau cronic (de ex., 309.0 Tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă, acută). Într-o evaluare multiaxială, natura stresorului poate fi indicată prin menționarea lui pe axa IV (de ex., divorț).

## Elemente și tulburări asociate

Detresa subiectivă sau deteriorarea în funcționare asociată cu tulburările de adaptare se manifestă frecvent ca reducere a performanței în activitatea profesională sau școlară și modificări temporare în relațiile sociale. Tulburările de adaptare sunt asociate cu un risc crescut de tentative de suicid și de suicid complet, uz excesiv de o substanță și acuze somatice. Tulburarea de adaptare a fost raportată și la indivizii cu tulburări mentale preexistente din eșantioane selectate, cum ar fi copii și adolescenții și pacienții chirurgicali și medicali generali. Prezența unei tulburări de adaptare poate complica evoluția maladiei la indivizii care au o condiție medicală generală (de ex., reduce complianța la regimul medical recomandat ori crește lungimea șederii în spital).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Contextul mediului cultural al individului trebuie să fie luat în considerație în efectuarea judecății clinice, dacă răspunsul individului la stresor este dezadaptativ sau dacă detresa asociată este în exces față de ceea ce ar fi de anticipat. Natura, semnificația și experientarea stresorului, și evaluarea răspunsului la stresori poate varia în diversele culturi. Tulburările de adaptare pot surveni la orice grupă de etate. In eșantioanele clinice de adulți, femeile sunt diagnosticate de două ori mai frecvent decât bărbații. Din contra, în eșantioanele clinice de copii și adolescenți, băieții și fetele este posibil să primească acest diagnostic în egală măsură.

## Prevalență

Tulburările de adaptare sunt după cât se pare frecvente, deși ratele de prevalență variază larg în funcție de populația studiată și de metodele de evaluare utilizate. Prevalența tulburării de adaptare a fost raportată ca fiind între 2% și 8% în eșantioanele comunitare de copii și adolescenți precum și la cei mai în etate. Tulburarea de adaptare a fost diagnosticată în până la 12% dintre pacienții internați în spitalele generale care sunt trimiși pentru un consult psihiatric, în 10%-30% dintre cei din serviciile de sănătate mentală ambulatorii, și în nu mai puțin de 50% din populația care a experientat un stresor specific (de ex., urmând unei intervenții chirurgicale pe cord). Indivizii cu circumstanțe de viață dezavantajoase experientează un procent ridicat de stresori și pot fi expuși unui risc crescut pentru tulburare.

## Evoluție

Prin definiție, perturbarea în tulburarea de adaptare începe în decurs de 3 luni de la debutul stresorului și nu durează mai mult de 6 luni după ce stresorul sau consecințele sale au încetat. Dacă stresorul este un eveniment acut (de ex., a fi dat afară din serviciu), debutul tulburării este de regulă imediat (ori în decurs de câteva zile), iar durata este relativ scurtă (de ex., nu mai mult de câteva luni). Dacă stresorul sau consecințele sale persistă, tulburarea de adaptare poate, de asemenea, persista. Persistența tulburării de adaptare sau progresiunea sa spre alte tulburări mentale mai severe (de ex., tulburare depresivă majoră ) este mai posibilă la copii și adolescenți decât la adulți. O parte sau întregul risc crescut poate fi atribuit însă .prezenței condițiilor comorbide (de ex., tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție) sau posibilității ca tulburarea de adaptare să reprezinte în realitate o manifestare prodromală subclinică a unei tulburări mentale mai severe.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de adaptare este o categorie reziduală utilizată pentru a descrie tablourile clinice care sunt un răspuns la un stresor identificabil și care nu satisfac criteriile pentru o altă tulburare specifică de pe axa I. De exemplu, dacă un individ are simptome care satisfac criteriile pentru un episod depresiv major ca răspuns la un stresor, diagnosticul de tulburare de adaptare nu este aplicabil. Tulburarea de adaptare poate fi diagnosticată în plus pe lângă altă tulburare mentală de pe axa I,

numai dacă aceasta din urmă nu explică simptomele particulare care apar ca reacție la stresor. De exemplu, un individ poate prezenta o tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă după pierderea serviciului, dar în același timp să aibă un diagnostic de tulburare obsesivo-compulsivă.

Deoarece **tulburările de personalitate** sunt frecvent exacerbate de stres, diagnosticul adițional de tulburare de adaptare de regulă nu este pus. Dacă însă simptomele care nu sunt caracteristice tulburării de personalitate apar ca răspuns la un stesor (de ex., o persoană cu tulburare de personalitate paranoidă prezintă dispoziție depresivă ca răspuns la pierderea serviciului), diagnosticul adițional de tulburare de adaptare poate fi indicat.

Diagnosticul de tulburare de adaptare necesită prezența unui stresor identificabil, contrar tablourilor clince atipice sau subliminale care vor fi diagnosticate ca **tulburare fără altă specificație** (de ex., tulburarea anxioasă fără altă specificație). Dacă simptomele de tulburare de adaptare persistă mai mult de 6 luni după ce stresorul sau consecințele sale au încetat, diagnosticul trebuie schimbat cu cel al altei tulburări mentale, de regulă din categoria fără altă specificație.

Tulburarea de adaptare, **stresul posttraumatic** și **stresul acut** necesită, toate, prezența unui stresor psihosocial. Stresul posttraumatic și stresul acut se caracterizează prin prezența unui stresor extrem și a unei constelații specifice de simptome. Din contra, tulburarea de adaptare poate fi declanșată de stresori de orice severitate și poate implica o largă serie de simptome posibile.

În **factorii psihologici care afectează condiția medicală**, simptomele psihologice specifice, comportamentele ori alți factori exacerbează o condiție medicală generală, complică tratamentul unei condiții medicale generale ori cresc riscul apariției unei condiții medicale generale. În tulburarea de adaptare, relația este inversă (adică, simptomele psihologice apar ca răspuns la stresul de a avea sau de a fi diagnosticat cu o condiție medicală generală). La unii indivizi, pot fi prezente ambele condiții.

**Doliul** este diagnosticat în general în locul tulburării de adaptare când reacția este un răspuns expectabil la moartea unei ființe iubite. Diagnosticul de tulburare de adaptare poate fi indicat când reacția este în exces sau mai prelungită decât ar fi de așteptat. Tulburarea de adaptare trebuie să fie distinsă, de asemenea, de alte **reacții nonpatologice la stres**, care nu duc la o detresă marcată, în exces față de ceea ce este de prevazut, și care nu cauzează o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională. Tulburarea de adaptare nu trebuie să fie diagnosticată când simptomele se datorează **efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale** (cum ar fi deteriorarea funcțională tranzitorie care este asociată cu chimioterapia (din cursul chimioterapiei).

## Criteriile de diagnostic pentru Tulburările de Adaptare

A. Apariția de simptome emoționale sau comportamentale ca răspuns la (un) stresor(i) identificabil(i) survenind în decurs de 3 luni de la debutul stresorului (stresorilor).

B. Aceste simptome sau comportamente sunt semnificative clinic, după cum este evidențiat de oricare dintre următoarele:

(1) detresă marcată, care este în exces față de ceea ce ar fi de așteptat de la expunerea la stresor;
(2) deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională (școlară).

C. Perturbarea în legătură cu stresul nu satisface criteriile pentru altă tulburare specifică de pe axa I și nu este doar o exacerbare a unei tulburări preexistente de pe axa I sau axa II.

D. Simptomele nu reprezintă doliul.

E. Odată ce stresorul (sau consecințele sale) a dispărut, simptomele nu persistă timp de mai mult de 6 luni.

*De specificat* dacă :
**Acută**: dacă perturbarea durează mai puțin de 6 luni;
**Cronică**: dacă perturbarea durează 6 luni sau mai mult.

Tulburările de adaptare sunt codificate pe baza subtipului care este selectat după simptomele predominante. Stresorul sau stresorii specifici pot fi menționați pe axa IV.

**309.0 Cu dispoziție depresivă**
**309.24 Cu anxietate**
**309.28 Cu dispoziție mixtă anxioasă și depresivă**
**309.3 Cu perturbare de conduită**
**309.4 Cu perturbare mixtă de emoții și conduită**
**309 Nespecificată**

Deoarece se tem să nu piardă suportul și aprobarea, indivizii cu tulburare de personalitate dependentă au adesea dificultăți în a-și exprima dezacordul față de alți oameni, în special față de cei de care sunt dependenți (criteriul 3). Acești indivizi se simt atât de incapabili să funcționeze singuri că vor fi de acord cu lucruri pe care le consideră eronate, mai curând decât să riște pierderea ajutorului din partea celor la care caută îndrumare. Nu se supără corespunzător pe cei de al căror suport și atenție au nevoie de frica înstrăinării acestora. Dacă preocupările individului în legătură cu consecințele exprimării dezacordului sunt reale (de ex., frica reală de pedeapsă din partea unui soț abuziv), comportamentul nu trebuie să fie considerat drept indiciu de tulburare de personalitate dependentă.

Indivizii cu această tulburare au dificultăți în a iniția proiecte ori în a face anumite lucruri în mod independent (criteriul 4). Ei sunt lipsiți de încredere în sine și consideră că necesită ajutor pentru a începe și realiza sarcinile. Pot aștepta ca alții să înceapă lucrurile, deoarece sunt convinși că de regulă alții pot face aceasta mai bine. Acești indivizi sunt convinși că ei sunt incapabili să funcționeze independent și se prezintă ei înșiși ca fiind incompetenți și necesitând asistență constantă. Ei sunt dispuși însă să funcționeze adecvat, dacă li se dă asigurarea că altcineva îi supervizează și-i aprobă. Poate exista și frica de a nu deveni sau de a nu părea mai competenți, deoarece ei pot crede că aceasta va duce la abandonare. Pentru că ei se bazează pe alții ca să le rezolve problemele, adesea nu învață tehnicile existenței independente, și ca atare își perpetuează dependența.

Indivizii cu tulburare de personalitate dependentă pot merge foarte departe spre a obține tutelare și suport de la alții, chiar până la punctul de a se oferi ca voluntari pentru sarcini neplăcute, dacă un astfel de comportament le aduce supervizarea pe care o necesită (criteriul 5). Sunt dispuși să se supună dorințelor altora, chiar dacă cererile sunt absurde. Necesitatea lor de a menține o legătură importantă va duce adesea la relații dezechilibrate sau distorsionate. Pot face sacrificii extraordinare ori tolera maltratare verbală, fizică sau sexuală. (De reținut că acest comportament trebuie să fie considerat un indiciu de tulburare de personalitate dependentă numai când poate fi stabilit că individului îi sunt disponibile și alte opțiuni). Indivizii cu această tulburare se simt incomodați sau lipsiți de ajutor când sunt singuri, din cauza fricilor lor exagerate de a nu fi incapabili să aibă grijă de ei înșiși (criteriul 6). Ei se vor „ține" după alte persoane importante numai pentru a evita să rămână singuri, chiar dacă nu sunt interesați sau implicați în ceea ce se petrece.

Când o relație strânsă se termină (de ex., o ruptură cu un(o) iubit(ă); moartea unui tutore), indivizii cu tulburare de personalitate dependentă pot căuta urgent altă relație pentru a le oferi tutelarea și suportul pe care-l necesită (criteriul 7). Ei cred că sunt incapabili să funcționeze în absența unei relații strânse, ceea ce face ca acești indivizi să devină rapid și indiscriminativ atașați de altă persoană. Indivizii cu această tulburare sunt adesea preocupați de frica de a nu fi lăsați să-și poarte singuri de grijă (criteriul 8). Se văd ei înșiși atât de dependenți de consiliile și ajutorul unei alte persoane importante, că sunt preocupați de faptul de a nu fi abandonați de acea persoană, chiar când nu există motive pentru a justifica astfel de temeri. Pentru a fi considerate ca probă a acestui criteriu, fricile trebuie să fie excesive și nejustificate. De exemplu, un bătrân cu cancer care vine să locuiască în casa fiului său pentru a fi îngrijit prezintă un comportament de dependență care este adecvat, date fiind circumstanțele de viață ale persoanei.

### Criteriile de diagnostic pentru 301.82 Tulburarea de Personalitate Evitantă

Un pattern pervasiv de inhibiție socială, sentimente de insuficiență și hipersensibilitate la evaluare negativă, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) evită activitățile profesionale care implică un contact interpersonal semnificativ, din cauza fricii de critică, dezaprobare sau rejecție;
(2) nu dorește să se asocieze cu alți oameni decât dacă este sigur că este apreciat;
(3) manifestă reținere în relațiile intime din cauza fricii de a nu se face de râs ori de a nu fi ridiculizat;
(4) este preocupat de faptul de a nu fi criticat sau rejectat în situații sociale,
(5) este inhibat în situații interpersonale noi din cauza sentimentelor de inadecvare;
(6) se vede pe sine ca inapt social, inatractiv personal ori inferior altora;
(7) refuză să-și asume riscuri personale sau să se angajeze în orice activități noi din cauza faptului că acestea l-ar putea pune în dificultate.

## 301.6 Tulburarea de Personalitate Dependentă

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate dependente îl constituie necesitatea excesivă și pervasivă de a fi tutelat de cineva, ceea ce duce la un comportament submisiv și aderent și la frică de separare. Acest pattern începe prcoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte. Comportamentele submisive și de dependență sunt destinate să obțină tutelare și provin din autoperceperea faptului de a fi incapabil să funcționeze adecvat, fără ajutorul altora.

Indivizii cu tulburare de personalitate dependentă au mari dificultăți în luarea deciziilor cotidiene (de ex., ce culoare să aibă cămașa de purtat la lucru, ori dacă să-și ia umbrela) fără o cantitate excesivă de consilii și de reasigurări din partea altora (criteriul 1). Acești indivizi tind a fi pasivi și permit altor persoane (adesea uneia singure) să ia inițiativa și să-și asume responsabilitatea celor mai multe domenii majore ale vieții lor (criteriul 2). Adulții cu această tulburare depind de regulă de un părinte ori de soț(ie) pentru a decide unde să locuiască, ce fel de serviciu să aibă și cu care vecin să fie amic(ă). Adolescenții cu această tulburare pot permite părinților, lor să decidă cum să se îmbrace ei, cu cine să se asocieze, cum să-și petreacă timpul liber și ce fel de școală sau colegiu să urmeze. Această necesitate, ca alții să-și asume responsabilitatea, depășește cererile de asistență din partea altora, corespunzătoare situației și corespunzătoare etății (de ex., necesitățile specifice ale copiilor, persoanelor în etate și persoanelor handicapate). Tulburarea de personalitate dependentă poate surveni la un individ care are o condiție medicală generală ori o invaliditate severă, dar în astfel de cazuri dificultatea de a lua decizii trebuie să meargă dincolo de cea care ar fi în mod normal asociată cu acea condiție sau infirmitate.

relațiile sociale cu oameni noi devin extrem de importante. Există unele date, precum că la adulți, tulburarea de personalitate evitantă tinde a deveni mai puțin evidentă ori a se remite odată cu avansarea în etate.

## Diagnostic diferențial

Se pare că există o mare suprafață de suprapunere între tulburarea de personalitate evitantă și **fobia socială, tipul generalizat**, atât de mare că ele pot fi conceptualizări alternative ale acelorași condiții ori ale unor condiții similare. Evitarea caracterizează, de asemenea, atât tulburarea de personalitate evitantă, cât și **panica cu agorafobie**, acestea apărând adesea concomitent. Evitarea în panica cu agorafobie începe de regulă după debutul atacurilor de panică și poate varia în funcție de frecvența și intensitatea acestora. Din contra, evitarea în tulburarea de personalitate evitantă tinde a avea un debut precoce, absența unor precipitanți evidenți și o evoluție stabilă.

Alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate evitantă, deoarece ele au anumite elemente în comun. De aceea, este important să se facă distincție între aceste tulburări pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă însă, un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate pe lângă tulburarea de personalitate evitantă, pot fi diagnosticate și acestea. Atât tulburarea de personalitate evitantă, cât și **tulburarea de personalitate dependentă** sunt caracterizate prin sentimente de inadecvare, hipersensibilitate la critică și necesitatea de reasigurare. Însă, focarul primar al preocupării în tulburarea de personalitate evitantă este evitarea umilirii și rejecției, pe când în tulburarea de personalitate dependentă focarul este centrat spre a fi luat sub protecție de cineva. Este foarte posibil ca tulburarea de personalitate evitantă și tulburarea de personalitate dependentă să apară concomitent. Ca și tulburarea de personalitate evitantă, **tulburarea de personalitate schizoidă** și **tulburarea de personalitate schizotipală** se caracterizează prin izolare socială. Indivizii cu tulburare de personalitate evitantă doresc însă să aibă relații cu alții și sufăr profund de pe urma singurătății lor, pe când cei cu tulburare de personalitate schizoidă sau schizotipală pot fi mulțumiți, și chiar preferă izolarea lor socială. **Tulburarea de personalitate paranoidă** și tulburarea de personalitate evitantă se caracterizează ambele prin ezitare în a se încrede în alții. Însă, în tulburarea de personalitate evitantă această ezitare este datorată mai curând fricii de a nu fi pus în dificultate ori de a nu fi considerat inadecvat decât fricii de intențiile malițioase ale altora.

Tulburarea de personalitate evitantă trebuie distinsă de **modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale**, în care trăsăturile apar din cauza efectelor directe ale unei condiții medicale generale asupra sistemului nervos central. Ea trebuie distinsă, de asemenea, de **simptomele care pot apare în asociere cu uzul cronic al unei substanțe** (de ex., tulburarea în legătură cu cocaina fără altă specificație).

Mulți indivizi prezintă trăsături de personalitate evitantă. Însă, numai când aceste trăsături sunt inflexibile, dezadaptative și persistente și cauzează deteriorare funcțională sau detresă subiectivă, constituie tulburare de personalitate evitantă.

## Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu tulburare de personalitate evitantă apreciază adesea cu precauție mișcările și expresiile celor cu care vin în contact. Frica și comportamentul lor tensionat pot provoca ridiculizare și deriziune din partea altora, ceea ce, în schimb, confirmă dubiile lor. Sunt foarte temători în legătură cu situația ca ei să reacționeze la critici prin roșeală sau țipete. Ei sunt descriși de ceilalți ca fiind „rușinoși", „timizi", „singuratici" și „izolați". Problemele majore în legătură cu această tulburare apar în activitatea socială și profesională. Stima de sine scăzută și hipersensibilitatea la rejecție sunt asociate cu restrângerea contactelor personale. Acești indivizi pot deveni relativ izolați și de regulă nu au o rețea largă de suport social care să-i poată ajuta în timpul crizelor. Ei doresc afecțiune și acceptare, și pot avea fantezii despre relații idealizate cu alții. Comportamentele de evitare pot afecta, de asemenea, funcționarea profesională, deoarece acești indivizi încearcă să evite tipurile de situații sociale care pot fi importante pentru satisfacerea cerințelor fundamentale ale serviciului ori pentru avansare.

Alte tulburări care sunt diagnosticate în mod frecvent împreună cu tulburarea de personalitate evitantă includ tulburările afective și anxioase (în special fobia socială de tip generalizat). Tulburarea de personalitate evitantă este diagnosticată adesea împreună cu tulburarea de personalitate dependentă, deoarece indivizii cu tulburare de personalitate evitantă devin foarte atașați și dependenți de cei câțiva oameni cu care sunt amici. Tulburarea de personalitate evitantă tinde, de asemenea, a fi diagnosticată împreună cu tulburarea de personalitate borderline și cu tulburările de personalitate din grupa A (adică, tulburările de personalitate paranoidă, schizoidă sau schizotipală).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Pot exista variații în gradul în care diferite grupuri culturale și etnice consideră neîncrederea și evitarea ca adecvate. Mai mult decât atât, comportamentul evitant poate fi rezultatul problemelor de aculturație urmând imigrării. Acest diagnostic trebuie să fie utilizat cu mare precauție la copii și adolescenți, pentru care rușinea și comportamentul evitant pot fi adecvate din punctul de vedere al dezvoltării. Tulburarea de personalitate evitantă pare a fi la fel de frecventă la bărbați și la femei.

## Prevalență

Prevalența tulburării de personalitate evitante în populația generală se cifrează între 0,5% și 1%. Tulburarea de personalitate evitantă a fost raportată a fi prezentă la aproximativ 10% dintre pacienții ambulatori întâlniți în clinicile de sănătate mentală.

## Evoluție

Comportamentul evitant începe adesea în perioada de sugar sau în copilărie cu timiditate, izolare și frică de străini și de situații noi. Deși timiditatea din copilărie este un precursor comun al tulburării de personalitate evitante, la cei mai mulți indivizi ea tinde să se disipeze progresiv, pe măsură ce îmbătrânesc. Din contra, indivizii care vor ajunge să dezvolte tulburarea de personalitate evitantă pot deveni tot mai rezervați și evitanți în adolescență și la începutul perioadei adulte, când

# Tulburările de Personalitate din Grupa C

## 301.82 Tulburarea de Personalitate Evitantă

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate evitante îl constituie un pattern pervasiv de inhibiție socială, sentimente de inadecvare și hipersensibilitate la evaluarea negativă, care începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Indivizii cu tulburare de personalitate evitantă evită munca sau activitățile școlare care implică un contact interpersonal semnificativ din cauza fricii de critică, dezaprobare sau rejecție (criteriul 1). Ofertele de promovare în serviciu pot fi declinate, deoarece noile responsabilități pot duce la critici din partea colaboratorilor. Acești indivizi evită să-și facă noi amici, în afară de cazul când sunt siguri că vor fi simpatizați și acceptați fără critică (criteriul 2). Până ce trec o serie de teste probând convingător contrariul, ceilalți oameni sunt considerați a fi critici și dezaprobatori. Indivizii cu această tulburare nu se vor alătura activităților de grup atât timp cât nu există oferte generoase și repetate de suport și protecție. Intimitatea interpersonală este adesea dificilă pentru acești indivizi, deși ei sunt capabili să stabilească relații intime, când există asigurarea unei acceptări necritice. Ei pot acționa cu reținere, au dificultăți în a vorbi despre ei înșiși și își rețin sentimentele intime, de frica de a nu fi expuși, ridiculizați sau făcuți de râs (criteriul 3).

Deoarece indivizii cu această tulburare sunt preocupați de faptul de a nu fi criticați sau rejectați în situații sociale, ei pot avea un prag considerabil de scăzut pentru a detecta astfel de reacții (criteriul 4). Dacă cineva este ușor dezaprobator sau critic, ei se pot simți extrem de lezați. Tind a fi timizi, tăcuți, inhibați și „invizibili" din cauza fricii ca vreo observație să nu fie degradantă sau rejectantă. Se așteaptă la faptul ca, indiferent ce spun ei, ceilalți să considere aceasta ca „eronat", așa că pot să nu spună nimic. Reacționează puternic la indicii subtile sugestive de batjocură sau deriziune. În disprețul dorinței lor de a fi participanți activi la viața socială, ei se tem să-și plaseze avutul în mâinile altora. Indivizii cu tulburare de personalitate evitantă sunt inhibați în situații interpersonale noi, deoarece ei se simt inadecvați și au o stimă de sine scăzută (criteriul 5). Dubiile în legătură cu competența socială și atracția personală devin extrem de manifeste în situațiile care implică interacțiuni cu străinii. Acești indivizi se cred ei înșiși inepți, inatractivi ca persoană ori inferiori altora (criteriul 6). Sunt extrem de refractari la a-și asuma riscuri personale ori la a se angaja în activități noi, deoarece acestea se pot demonstra a fi incomodante (criteriul 7). Sunt înclinați spre exagerarea eventualelor pericole ale situațiilor rutiniere, iar din necesitatea lor de certitudine și siguranță poate rezulta o restrângere a stilului de viață. Cineva cu această tulburare poate anula un interviu pentru angajare, de frica de a nu fi pus în dificultate de faptul că nu este îmbrăcat corespunzător. Simptome somatice marginale ori alte probleme pot deveni motiv pentru a evita activități noi.

antisocială pot să nu fie dornici de admirație și nu invidiază pe alții, iar persoanele cu tulburare de personalitate narcisistică nu au de regulă un istoric de tulburare de conduită în copilărie sau de comportament infracțional în perioada adultă. Atât în tulburarea de personalitate narcisistică cât și în **tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă**, individul poate afirma aderența la perfecționism și poate crede că alții nu pot face lucrurile la fel de bine. În contrast cu autocritica celor cu tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă, indivizii cu tulburare de personalitate narcisistică sunt înclinați foarte probabil să creadă că ei au atins perfecțiunea. Susceptibilitatea și retragerea socială disting pe cei cu **tulburare de personalitate schizotipală** sau **paranoidă** de cei cu tulburare de personalitate narcisistică. Când aceste trăsături sunt prezente la indivizii cu tulburare de personalitate narcisistică, ele derivă în primul rând din fricile de a nu avea imperfecțiuni sau defecte revelate. Grandoarea poate surveni ca parte a unor **episoade maniacale** sau **hipomaniacale**, dar asocierea cu modificarea dispoziției ori cu deteriorări funcționale ajută la distingerea acestor episoade de tulburarea de personalitate narcisistică. Tulburarea de personalitate narcisistică trebuie să fie distinsă, de asemenea, de **simptomele care pot apare în asociere cu uzul cronic al unei substanțe** (de ex., tulburarea în legătură cu cocaina fără altă specificație).

Mulți indivizi de mare succes prezintă trăsături de personalitate care pot fi considerate ca narcisistice. Numai când aceste trăsături sunt inflexibile, dezadaptative și persistente și cauzează o deteriorare funcțională sau o detresă subiectivă semnificativă ele constituie tulburare de personalitate narcisistică.

## Criteriile de diagnostic pentru 301.81 Tulburarea de Personalitate Narcisistică

Un pattern pervasiv de grandoare (în fantezie și comportament), necesitatea de admirație și lipsa de empatie, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) are un sentiment grandios de autoimportanță (de ex., își exagerează realizările și talentele, așteaptă să fie recunoscut ca superior fără realizări corespunzătoare);
(2) este preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe sau amor ideal;
(3) crede că este „aparte" și unic și poate fi înțeles numai de, ori trebuie să se asocieze numai cu, alți oameni (sau instituții) speciali ori cu status înalt;
(4) necesită admirație excesivă;
(5) are un sentiment de îndreptățire, adică pretenții exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată la dorințele sale;
(6) este exploatator interpersonal, adică profită de alții spre a-și atinge propriile scopuri;
(7) este lipsit de empatie: este incapabil să recunoască sau să se identifice cu sentimentele și necesitățile altora;
(8) este adesea invidios pe alții sau crede că alții sunt invidioși pe el;
(9) prezintă comportamente sau atitudini arogante, sfidătoare.

necesitatea de admirație și desconsiderarea relativă a sensibilității altora. Deși ambiția, aroganța și încrederea pot duce la realizări mari, performanța poate fi întreruptă din cauza intoleranței la critică sau la eșec. Uneori activitatea profesională poate fi foarte scăzută, reflectând lipsa de dorință de a-și asuma riscul în situații competitive ori în alte situații în care este posibil eșecul. Sentimentele de rușine și de umilire susținute și autocritica însoțitoare pot fi asociate cu retragere socială, dispoziție depresivă și tulburare distimică sau tulburare depresivă majoră. Din contra, perioadele de grandoare susținută pot fi asociate cu dispoziție hipomaniacală. Tulburarea de personalitate narcisistică poate fi, de asemenea, asociată cu anorexia nervoasă și cu tulburările în legătură cu o substanță (în special cu cocaina). Tulburările de personalitate histrionică, borderline, antisocială și paranoidă pot fi asociate cu tulburarea de personalitate narcisistică.

## Elemente specifice etății și sexului

Trăsăturile narcisistice pot fi extrem de comune la adolescenți și nu indică în mod necesar faptul că individul va ajunge să aibă tulburarea de personalitate narcisistică. Indivizii cu tulburare de personalitate narcisistică pot avea anumite dificultăți în a se adapta la debutul unor limitări somatice și profesionale care sunt inerente în procesul de îmbătrânire. Dintre cei diagnosticați cu tulburare de personalitate narcisistică, 50%-75% sunt bărbați.

## Prevalență

Estimările prevalenței tulburării de personalitate narcisistice merg de la 2% la 16% în populația clinică și sunt de mai puțin de 1% în populația generală.

## Diagnostic diferențial

Alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate narcisistică deoarece au în comun anumite elemente. De aceea, este necesar să se facă distincție între aceste tulburări pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă însă un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate, pe lângă tulburarea de personalitate narcisistică, pot fi diagnosticate și acestea. Cel mai util element în discriminarea tulburării de personalitate narcisistice de **tulburările de personalitate histrionică, antisocială și borderline** ale căror stiluri interactive sunt, respectiv, cochetăria, cruzimea și necesitatea, este grandoarea caracteristică tulburării de personalitate narcisistice. Relativa stabilitate a imaginii de sine precum și relativa lipsă de autodistructivitate, impulsivitatea și preocupările referitoare la abandon ajută, de asemenea, la distingerea tulburării de personalitate narcisistice de tulburarea de personalitate borderline. Lauda excesivă cu realizările, o lipsă relativă de manifestare emoțională și disprețul față de sensibilitățile altora, ajută la diferențierea tulburării de personalitate narcisistice de tulburarea de personalitate histrionică. Deși indivizii cu tulburări de personalitate borderline, histrionică și narcisistică pot solicita mai multă atenție, cei cu tulburare de personalitate narcisistică necesită în special ca atenția să fie admirativă. Indivizii cu tulburări de personalitate antisocială și narcisistică împărtășesc tendința de a fi obstinați, nesinceri, superficiali, exploatatori și nonempatici. Însă, tulburarea de personalitate narcisistică nu include în mod necesar caracteristici de impulsivitate, agresivitate și escrocare. În afară de aceasta, indivizii cu tulburare de personalitate

unei necesități constante de atenție și admirație. Ei se pot aștepta ca sosirea lor să fie salutată cu o fanfară mare și se miră dacă alții nu-i invidiază pentru averea lor. Pot pescui în mod constant complimente, adesea cu mare încântare. Un sentiment de îndreptățire este evident în espectativa nemotivată de tratament favorabil special a acestor indivizi (criteriul 5). Se așteaptă să se ocupe cineva de ei și sunt deconcertați sau furioși când așa ceva nu se întâmplă. De exemplu, ei pot considera că nu trebuie să stea la rând și că prioritățile lor sunt atât de importante, că ceilalți trebuie să cedeze, și apoi se irită când alții nu reușesc să-i ajute în „activitatea lor foarte importantă". Acest sentiment de îndreptățire, cu lipsa de sensibilitate la dorințele și necesitățile altora, poate duce la exploatarea conștientă sau fără intenție a altora (criteriul 6). Ei se așteaptă să li se dea tot ce doresc sau cred ei că le este necesar, indiferent de ce poate însemna aceasta pentru alții. De exemplu, acești indivizi se pot aștepta la o mare dăruire din partea altora, și îi pot suprasolicita fără vreo considerație pentru impactul asupra vieții acestora. Tind să-și facă amiciții sau relații romantice numai dacă cealaltă persoană pare dispusă să promoveze scopurile lor ori orice mărire a stimei de sine a lor. Adesea ei uzurpă privilegii speciale și resurse suplimentare care cred că li se cuvin pentru că ei sunt atât de distinși.

Indivizii cu tulburare de personalitate narcisistică sunt în general lipsiți de empatie și au dificultăți în a recunoaște dorințele, experiențele subiective și sentimentele altora (criteriul 7). Ei pot presupune că alții sunt total interesați de prosperitatea lor. Tind să discute propriile lor interese în detalii inadecvate și interminabile, în timp ce nu sunt capabili să realizeze că și alții au, de asemenea, sentimente și necesități. Adesea sunt disprețuitori și brutali cu alții care vorbesc despre propriile lor probleme sau preocupări. Acești indivizi nu sunt preocupați de ofensa pe care o pot provoca remarcile lor (de ex., vorbesc exuberant fostei iubite /fostului iubit/ că „am acum o relație pe viață"; se laudă cu sănătatea în fața cuiva care este suferind). Când recunosc necesitățile, dorințele ori suferințele altora, este posibil ca acestea să fie văzute, în mod insultător, ca semne de debilitate sau de vulnerabilitate. Cei care vorbesc indivizilor cu tulburare de personalitate narcisistică descoperă o răceală emoțională și o lipsă de interes reciproc.

Acești indivizi sunt adesea invidioși pe alții ori cred că alții sunt invidioși pe ei (criteriul 8). Invidiază pe alții pentru succesele sau averea lor, cred că ei ar merita mai bine realizările, admirația sau privilegiile acelea. Pot devaloriza în mod sever contribuția altora, în special când aceștia au primit mulțumiri sau laude pentru realizările lor. Comportamente arogante, disprețuitoare caracterizează acești indivizi. Ei manifestă adesea snobism, dispreț sau atitudini de patronare (criteriul 9). De exemplu, un individ cu această tulburare se poate plânge de „impertinența" sau „stupiditatea" unui chelner stângaci ori încheie o evaluare medicală cu o apreciere condescendentă a medicului.

## Elemente și tulburări asociate

Vulnerabilitatea în stima de sine face indivizii cu tulburare de personalitate narcisistică foarte sensibili la „lezarea" prin critică sau frustrare. Deși pot să nu arate aceasta în afară, critica poate obseda acești indivizi și-i poate face să se simtă umiliți, degradați, lipsiți de valoare și insignifianți. Pot reacționa cu dispreț, furie sau pot contraataca sfidător. Astfel de experiențe duc adesea la retragere socială ori la un aspect umil care poate masca și proteja grandoarea. Relațiile interpersonale sunt de regulă deteriorate din cauza problemelor care derivă din îndreptățire,

### Criteriile de diagnostic pentru 301.50 Tulburarea de Personalitate Histrionică

Un pattern pervasiv de emoționalitate excesivă și de căutare a atenției, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) este incomodat în situațiile în care nu se află în centrul atenției;
(2) interacțiunea cu alții este caracterizată adesea printr-un comportament seducător sau provocator sexual inadecvat;
(3) prezintă o schimbare rapidă și o expresie superficială a emoțiilor;
(4) uzează în mod constant de aspectul fizic pentru a atrage atenția asupra sa;
(5) are un stil de a vorbi extrem de impresionistic și lipsit de detalii;
(6) manifestă autodramatizare, teatralism, și o expresie exagerată a emoțiilor;
(7) este sugestionabil, adică ușor de influențat de alții sau de circumstanțe;
(8) consideră relațiile a fi mai intime decât sunt în realitate

## 301.81 Tulburarea de Personalitate Narcisistică

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate narcisistică îl constituie un pattern pervasiv de grandoare, necesitate de admirație și de lipsă de empatie, care începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Indivizii cu această tulburare au un sentiment grandios de autoimportanță (criteriul 1). În mod uzual ei își supraestimează capacitățile și își exagerează realizările, apărând adesea ca lăudăroși și exagerați. Ei pot afirma cu jovialitate că alții atribuie aceeași valoare eforturilor lor, și pot fi surprinși când lauda pe care o așteaptă și pe care cred că o merită nu vine. Adesea, în aprecierile exagerate ale propriilor lor realizări este implicită o subestimare a contribuției altora. Sunt preocupați adesea de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe ori amor ideal (criteriul 2). Pot medita la admirația și privilegiile „mult așteptate" și se compară pe ei înșiși în mod favorabil cu persoane marcante sau privilegiate.

Indivizii cu tulburare de personalitate narcisistică cred că ei sunt superiori, aparte sau unici, și așteaptă ca și alții să-i recunoască ca atare (criteriul3). Ei pot crede că pot fi înțeleși și trebuie să se asocieze numai cu oameni extraordinari sau cu status înalt și pot atribui calitatea de „unici", „perfecți" sau „dotați" celor cu care sunt asociați. Indivizii cu această tulburare cred că necesitățile lor sunt speciale și dincolo de orizontul oamenilor comuni. Propria lor stimă de sine este mărită (adică, „reflectată") prin valoarea idealizată pe care ei o atribuie celor cu care se asociază. Ei insistă probabil să aibă de a face numai cu persoane din „top" (doctori, avocați, coafori, instructori) ori să fie afiliați la cele mai bune instituții, însă devalorizează diplomele celor care-i dezamăgesc.

Indivizii cu această tulburare solicită în general o admirație excesivă (criteriul 4). Stima lor de sine este aproape permanent foarte fragilă. Pot fi preocupați de cât de bine sunt făcuți și de cât de favorabil sunt văzuți de alții. Aceasta ia adesea forma

de o manieră identificată adesea ca „macho" (mascul) și poate căuta să fie centrul atenției prin a face paradă de aptitudini atletice, în timp ce o femeie, de exemplu, poate alege o îmbrăcăminte foarte feminină și vorbi despre cât de mult și-a impresionat ea instructorul de dans.

## Prevalență

Date cicumscrise la studiile pe populația generală sugerează o prevalență a tulburării de personalitate histrionică de aproximativ 2%-3%. Rate de aproximativ 10%-15% au fost raportate la pacienții internați și ambulatori din unitățile de sănătate mentală, când este utilizată o evaluare structurată.

## Diagnostic diferențial

Alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate histrionică, deoarece ele au anumite elemente în comun. De aceea, este necesar să se facă distincție între aceste tulburări pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă însă, un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate, pe lângă tulburarea de personalitate histrionică, pot fi diagnosticate și acestea. Deși **tulburarea de personalitate borderline** poate fi caracterizată, de asemenea, prin căutarea atenției, comportament manipulativ și emoții rapid schimbătoare, ea se distinge prin autodistructivitate, întreruperi coleroase ale unor relații strânse și sentimente cronice de insatisfacție profundă și de perturbare a identității. Indivizii cu **tulburare de personalitate antisocială** și tulburare de personalitate histrionică au în comun tendința de a fi impulsivi, superficiali, căutători de aventură, imprudenți, seducători și manipulativi, însă persoanele cu tulburare de personalitate histrionică tind a fi mai exagerate în emoțiile lor și de regulă nu se angajează în comportamente antisociale. Indivizii cu tulburare de personalitate histrionică sunt manipulativi pentru a obține protecție, pe când cei cu tulburare de personalitate antisocială sunt manipulativi spre a obține profit, putere ori vreo altă gratificație materială. Deși indivizii cu **tulburare de personalitate narcisistică** doresc, de asemenea, atenție din partea altora, ei vor de regulă să fie lăudați pentru „superioritatea" lor, pe când indivizii cu tulburare de personalitate histrionică doresc să fie văzuți ca fragili și dependenți, dacă aceasta le este util în a atrage atenția. Indivizii cu tulburarea de personalitate narcisistică pot exagera intimitatea relațiilor lor cu alți oameni, însă ei sunt mai înclinați să accentueze statutul de „VIP" ori averea amicilor lor. În **tulburarea de personalitate dependentă**, persoana este excesiv de dependentă de alții pentru laudă și îndrumare, dar este fără elementele emoționale exagerate, stridente, ale tulburării de personalitate histrionice.

Tulburarea de personalitate histrionică trebuie să fie distinsă de **modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale**, în care trăsăturile apar din cauza efectelor directe ale unei condiții medicale generale asupra sistemului nervos central. Ea trebuie, de asemenea, să fie distinsă de **simptomele care apar în asociere cu uzul cronic de o substanță** (de ex., tulburarea în legătură cu cocaina fără altă specificație).

Mulți indivizi pot prezenta trăsături histrionice, însă, numai când aceste trăsături sunt inflexibile, dezadaptative și persistente și cauzează o deteriorare funcțională sau detresă subiectivă semnificativă, constituie tulburare de personalitate histrionică.

repede pentru a fi resimțite profund, ceea ce poate face pe ceilalți să acuze individul de falsificarea acestor emoții.

Indivizii cu tulburare de personalitate histrionică au un mare grad de sugestibilitate (criteriul 7). Opiniile și sentimentele lor sunt ușor influențate de alții și de capriciile de moment. Ei pot fi foarte încrezători, în special în persoanele extrem de autoritare pe care ei le văd ca rezolvare magică a problemelor lor. Au tendința de a acționa pe bază de supoziții și de a adopta convingeri în mod precipitat. Indivizii cu această tulburare consideră adesea relațiile lor mai intime decât sunt în realitate, prezentând aproape fiecare cunoștință ca „scumpul meu, scump amic" ori se adresează medicilor întâlniți doar o dată sau de două ori în circumstanțe profesionale spunându-le pe numele de botez (criteriul 8). Fugile într-o fantezie romantică sunt frecvente.

## Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu tulburare de personalitate histrionică pot avea dificultăți în obținerea intimității emoționale în relațiile romantice sau sexuale. Fără a fi conștienți de aceasta, ei joacă adesea un rol (de ex., pe cel al unei „victime" sau „prințese") în relațiile lor cu alții. Pot încerca să-și controleze partenerii prin manipulare emoțională sau seducție la un nivel, în timp ce manifestă o dependență marcată de aceștia la alt nivel. Indivizii cu această tulburare au adesea relații deteriorate cu amicii de același sex din cauza stilului lor interpersonal provocator sexual care poate pare o amenințare pentru relațiile amicilor lor. De asemenea, acești indivizi își pot înstrăina amicii prin pretenții la atenție constantă. Ei devin adesea depresivi și iritați când nu sunt centrul atenției. Pot fi dornici de noutate, stimulare și senzații tari, și au adesea tendința de a deveni penibili prin rutinele lor uzuale. Acești indivizi sunt adesea intoleranți ori frustrați în situațiile care implică întârzierea gratificării, acțiunile lor fiind îndreptate adesea spre obținerea imediată a satisfacției. Deși adesea, încep o activitate sau un proiect cu mare entuziasm, interesul lor poate diminua rapid. Relațiile pe termen lung pot fi neglijate pentru a face loc febrei unor noi relații.

Riscul real de suicid nu este cunoscut, dar experiența clinică sugerează că indivizii cu această tulburare prezintă un risc crescut de gesturi și amenințări de suicid pentru a atrage atenția și a impune o asistență medicală mai bună. Tulburarea de personalitate histrionică a fost asociată cu rate mai mari de tulburare de somatizare, de tulburare de conversie și de tulburare depresivă majoră. Tulburările de personalitate borderline, narcisistică, antisocială și dependentă apar adesea concomitent cu tulburarea de personalitate histrionică.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Normele de comportament interpersonal, aspect personal și expresivitate emoțională variază larg *a transverso* prin culturi, sexe și grupe de etate. Înainte de a lua în considerație diversele trăsături (de ex., emoționalitatea, seductivitatea, stilul interpersonal dramatic, căutarea noutății, sociabilitatea, farmecul, impresionabilitatea și tendința la somatizare) spre a evidenția tulburarea de personalitate histrionică, este important să se aprecieze dacă ele cauzează deteriorare sau detresă semnificativă clinic. În condiții clinice, această tulburare a fost diagnosticată mai frecvent la femei. Unele studii utilizând evaluări structurate, din contra, raportează rate de prevalență similare la bărbați și femei. Expresia comportamentală a tulburării de personalitate histrionică poate fi influențată de stereotipiile rolului sexului. De exemplu, un bărbat cu această tulburare se poate îmbrăca și comporta

**Criteriile de diagnostic pentru**
**301.83 Tulburarea de Personalitate Borderline *(continuare)***

(8) mânie intensă, inadecvată ori dificultate în a controla mânia (de ex., manifestări frecvente de furie, stare coleroasă permanentă, bătăi repetate);
(9) ideație paranoidă sau simptome disociative severe, tranzitorii, în legătură cu stresul.

## 301.50 Tulburarea de Personalitate Histrionică

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate histrionice îl constituie emoționalitatea pervasivă și excesivă și comportamentul de căutare a atenției. Acest comportament începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Indivizii cu tulburare de personalitate histrionică sunt iritați sau nu se simt apreciați când nu se află în centrul atenției (criteriul 1). Adesea, în mod activ și dramatic, ei tind să atragă atenția asupra lor și, inițial, pot încânta cunoștințele noi prin entuziasmul, deschiderea evidentă sau tendința spre flirt. Aceste calități devin neconvingătoare însă, pe măsură ce indivizii continuă să ceară să se afle în centrul atenției. Ei acaparează rolul de „suflet al reuniunii". Dacă nu sunt centrul atenției, ei fac ceva de efect (de ex., inventează întâmplări, crează scene) pentru a atrage centrul atenției asupra lor. Această necesitate este evidentă adesea în comportamentul lor față de clinician (de ex., flatare, oferirea de cadouri, descrieri dramatice ale simptomelor somatice și psihologice, care sunt înlocuite de simptome noi la fiecare vizită).

Aspectul și comportamentul indivizilor cu această tulburare este adesea inadecvat de provocator sau seducător sexual (criteriul 2). Acest comportament este îndreptat nu numai spre persoanele față de care individul are un interes sexual sau romantic, ci survine într-o gamă largă de relații sociale, ocupaționale și profesionale, depășind ceea ce este adecvat contextului social. Expresia emoțională poate fi superficială și rapid schimbătoare (criteriul 3). Indivizii cu această tulburare uzează în mod regulat de aspectul lor fizic pentru a atrage atenția asupra lor (criteriul 4). Ei sunt extrem de preocupați de impresia pe care o face asupra altora aspectul lor, și cheltuie foarte mult timp, energie și bani pe îmbrăcăminte și pentru a se face cât mai atrăgători. Pot „pescui complimente" referitoare la aspectul lor și pot fi ușor și excesiv de deranjați de un comentariu critic în legătură cu aspectul lor ori de o fotografie pe care ei o consideră defavorabilă.

Acești indivizi au un stil de a vorbi care este extrem de vag și lipsit de detalii (criteriul 5). Opiniile ferme sunt exprimate cu fler dramatic, însă motivele subiacente sunt de regulă vagi și difuze, fără fapte și detalii care să le susțină. De exemplu, un individ cu tulburare de personalitate histrionică poate spune că o anumită persoană este o ființă umană minunată, însă nu este capabil să ofere nici un fel de exemple de calități bune pentru a susține această opinie. Indivizii cu această tulburare se caracterizează prin autodramatizare, teatralism și exprimarea exagerată a emoțiilor (criteriul 6). Ei își pot pune în dificultate amicii și cunoștințele printr-o manifestare publică excesivă a emoțiilor (de ex., îmbrățișarea cunoștințelor casuale cu o ardoare excesivă, plângând necontrolat în ocazii sentimentale minore ori având accese de furie). Însă, emoțiile lor par adesea a apare și dispare prea

relativa lipsă a autodistructivității, impulsivității și preocupărilor în legătură cu abandonul, disting aceste tulburări de tulburarea de personalitate borderline. Cu toate că **tulburarea de personalitate antisocială** și tulburarea de personalitate borderline se caracterizează ambele prin comportament manipulativ, indivizii cu tulburarea de personalitate antisocială sunt manipulativi spre a obține profit, putere sau vreo altă gratificație materială, pe când scopul în tulburarea de personalitate borderline este îndreptat mai mult spre obținerea atenției tutorilor. Atât **tulburarea de personalitate dependentă**, cât și tulburarea de personalitate borderline se caracterizează prin frica de abandon, însă, individul cu tulburare de personalitate borderline reacționează la abandon cu sentimentul de vid emoțional, furie și revendicare pe când individul cu tulburare de personalitate dependentă reacționează cu creșterea concilierii și supunerii și caută urgent o relație substituantă care să-i ofere tutelare și suport. Tulburarea de personalitate borderline poate fi distinsă, de asemenea, de tulburarea de personalitate dependentă, prin patternul tipic de relații instabile și intense.

Tulburarea de personalitate borderline trebuie să fie distinsă de **modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale**, în care trăsăturile apar din cauza efectelor directe ale unei condiții medicale generale a sistemului nervos central. Ea trebuie să fie distinsă, de asemenea, de **simptomele care pot apare în asociere cu uzul cronic de o substanță** (de ex., tulburarea în legătură cu cocaina fără altă specificație).

Tulburarea de personalitate borderline trebuie să fie distinsă de problema de identitate (vezi pag. 741), care este rezervată pentru preocupările referitoare la incertitudinea în legătură cu o față de dezvoltare și nu este calificată ca tulburare mentală.

## Criteriile de diagnostic pentru 301.83 Tulburarea de Personalitate Borderline

A. Un pattern pervasiv de instabilitate a relațiilor interpersonale, imaginii de sine și afectelor, și impulsivitate marcată, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, ca indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) eforturi disperate de a evita abandonul real sau imaginar. **Notă:** Nu include comportamentul suicidar sau automutilant, care figurează la criteriul 5;
(2) Un pattern de relații interpersonale intense și instabile caracterizat prin alternare între extremele de idealizare și devalorizare;
(3) perturbare de identitate: imagine de sine sau conștiință de sine marcat și persistent instabilă;
(4) impulsivitate în cel puțin două domenii care sunt potențial autoprejudiciante (de ex., cheltuieli, sex, abuz de o substanță, condus imprudent, mâncat compulsiv. **Notă:** Nu include comportamentul suicidar sau automutlilant, care figurează la criteriul 5;
(5) comportament, gesturi sau amenințări recurente de suicid ori comportament automutilant;
(6) instabilitate afectivă datorată unei reactivități marcate a dispoziției (de ex., disforie episodică intensă, iritabilitate sau anxietate durând de regulă câteva ore și numai rareori mai mult de câteva zile);
(7) sentimentul cronic de vid;

## Evoluție

Există o variabilitate considerabilă în evoluția tulburării de personalitate borderline. Cel mai frecvent pattern este cel de instabilitate cronică precoce în perioada adultă, cu episoade de discontrol afectiv și impulsiv sever, și nivel crescut de utilizare a resurselor de sănătate și de sănătate mentală. Deteriorarea prin tulburare și riscul de suicid sunt cele mai mari în anii perioadei de adult tânăr și diminuă treptat, odată cu avansarea în etate. Deși tendința la emoții intense, impulsivitate și intensitate în relații durează adesea toată viața, indivizii care se angajează în intervenții terapeutice prezintă adesea ameliorări începând uneori chiar din primul an. În cursul celui de al patrulea și de al cincilea deceniu de viață, majoritatea indivizilor cu această tulburare ating o stabilitate mai mare în relațiile lor și în funcționarea lor profesională. Studiile catamnestice pe indivizi identificați în clinicile de sănătate mentală cu pacienți ambulatori indică faptul că după aproape 10 ani, mai mult de jumătate dintre indivizi nu mai prezintă pattternul de comportament care satisface criteriile complete pentru tulburarea de personalitate borderline.

## Pattern familial

Tulburarea de personalitate borderline este de aproape cinci ori mai frecventă printre rudele biologice de gradul I ale celor cu tulburarea decât în populația generală. Există, de asemenea, un risc familial crescut de tulburări în legătură cu o substanță, de tulburare de personalitate antisocială și de tulburări afective.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de personalitate borderline apare adesea concomitent cu **tulburările afective**, și când sunt satisfăcute criteriile pentru ambele, ambele trebuie să fie diagnosticate. Deoarece tabloul clinic pe secțiune transversală al tulburării de personalitate borderline poate fi mimat de un episod de tulburare afectivă, clinicianul trebuie să evite să pună un diagnostic adițional de tulburare de personalitate borderline numai pe baza tabloului clinic pe secțiune transversală, fără a se documenta dacă patternul de comportament are un debut precoce și o evoluție de lungă durată.

Alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate borderline, deoarece ele au în comun anumite elemente. De aceea, este important să se facă distincție între aceste tulburări pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă însă, un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate, pe lângă tulburarea de personalitate borderline, pot fi diagnosticate și acestea. Deși și **tulburarea de personalitate histrionică** poate fi caracterizată prin căutarea atenției, comportament de manipulare și modificare rapidă a emoțiilor, tulburarea de personalitate borderline se distinge de aceasta prin autodistructivitate, întreruperi coleroase în relațiile intime și sentimentul cronic de insatisfacție și de singurătate. Idei paranoide sau iluzii pot fi prezente atât în tulburarea de personalitate borderline cât și în **tulburarea de personalitate schizotipală**, dar aceste simptome sunt mai trecătoare, mai reactive interpersonal și mai sensibile la structurarea externă în tulburarea de personalitate borderline. Deși **tulburarea de personalitate paranoidă** și **tulburarea de personalitate narcisistică** pot fi, de asemenea, caracterizate prin reacții coleroase la stimuli minori, stabilitatea relativă a imaginii de sine, precum și

mânie intensă și inadecvată ori au dificultăți în a-și controla mânia (criteriul 8). Ei pot fi extrem de sarcastici și pot manifesta o stare de animozitate durabilă ori accese verbale. Mânia este provocată adesea când un tutore ori iubitul este văzut ca neglijent, reținut, indiferent ori degajat. Astfel de manifestări coleroase sunt urmate adesea de rușine și culpă, și contribuie la sentimentul că ei sunt răi. În timpul perioadelor de stres extrem, poate apare o ideație paranoidă tranzitorie sau simptome disociative (de ex., depersonalizare) (criteriul 9), dar acestea sunt în general de severitate sau durată insuficientă pentru a justifica un diagnostic adițional. Aceste episoade survin cel mai frecvent ca răspuns la un abandon real sau imaginar. Simptomele tind a fi tranzitorii, durând minute sau ore. Revenirea reală sau percepută a atenției tutorelui poate duce la remisiunea simptomelor.

## Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu tulburare de personalitate borderline pot avea un pattern de subminare a lor înșiși în momentul în care un țel este pe punctul de a fi realizat (de ex., se lasă de școală înainte de absolvire; regresează considerabil după o discuție despre cât de bine se desfășoară terapia; distruge o relație bună chiar când este clar că relația poate dura). Unii indivizi prezintă simptome asemănătoare celor psihotice (de ex., halucinații, distorsiuni ale imaginii corporale, idei de referință și fenomene hipnagogice) în timpul perioadelor de stres. Indivizii cu această tulburare se simt mai în siguranță cu obiecte de tranziție (de ex., cu un animal de casă ori cu un lucru inanimat) decât în relațiile interpersonale. Moartea prematură prin suicid poate surveni la indivizii cu această tulburare, în special la cei care au concomitent și tulburări afective ori tulburări în legătură cu o substanță. Poate rezulta un handicap fizic din comportamentele de vătămare autoprovocate ori din tentativele de suicid eșuate. Pierderile repetate ale serviciului, întreruperea studiilor și desfacerea căsătoriei sunt frecvente. Maltratarea fizică și abuzul sexual, neglijența, conflictele ostile, pierderea sau separarea parentală preoce sunt mai frecvente în istoricul copilăriei celor cu tulburare de personalitate borderline. Tulburările de pe axa I cu care apar frecvent concomitent includ tulburările afective, tulburările în legătură cu o substanță, tulburările de comportament alimentar (în special bulimia), stresul posttraumatic și tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție. Tulburarea de personalitate borderline apare frecvent concomitent cu alte tulburări de personalitate.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Patternul de comportament întâlnit în tulburarea de personalitate borderline a fost identificat în multe locuri din lume. Adolescenții și adulții tineri cu probleme de identitate (în special când sunt acompaniate de uzul de o substanță) pot prezenta tranzitor comportamente care, în mod eronat, pot da impresia de tulburare de personalitate borderline. Astfel de situații se caracterizează prin instabilitate emoțională, dileme „existențiale", incertitudine, alegeri care provoacă anxietate, conflicte în legătură cu orientarea sexuală și presiuni sociale opuse referitoare la alegerea carierei. Tulburarea de personalitate borderline este diagnosticată predominant la femei (aproximativ 75% din cazuri).

## Prevalență

Prevalența tulburării de personalitate bordrline este estimată a fi de aproximativ 2% în populația generală, de aproximativ 10% printre indivizii din clinicile de sănătate mentală cu pacienți ambulatori și de aproximativ 20% printre pacienții psihiatrici internați. Ea variază între 30% și 60% din populația clinică cu tulburări de personalitate.

întâlnire). Ei pot crede că această „abandonare" implică faptul că ei sunt „răi". Aceste frici de abandonare sunt în legătură cu intoleranța față de a fi singuri și necesitatea de a avea alți oameni cu ei. Eforturile lor disperate de a evita abandonarea pot include acțiuni impulsive, cum ar fi automutilarea sau comportamentele suicidare, care sunt descrise separat la criteriul 5.

Indivizii cu tulburare de personalitate borderline au un pattern de relații instabile și intense (criteriul 2). Ei pot idealiza potențialii tutori sau iubiți de la prima sau de la a doua întâlnire, cer să petreacă mult timp împreună și divulgă chiar și cele mai intime detalii încă de la începutul relației. Ei pot trece, însă, rapid de la idealizarea altor oameni la devalorizarea lor, având impresia că cealaltă persoană nu se ocupă suficient de ei, nu le oferă suficient, nu se află „acolo", lângă ei, destul. Acești indivizi pot simpatiza și fi atenți cu alți oameni, însă numai în speranța că cealaltă persoană va fi „acolo" pentru a satisface în schimb, la cerere, propriile lor necesități. Acești indivizi sunt înclinați spre schimbări dramatice în părerea lor despre alții, care pot fi văzuți, alternativ, ca suporturi benefice ori ca o pedeapsă crudă. Astfel de schimbări reflectă adesea deziluzia față de un tutore ale cărui calități educaționale au fost idealizate ori a cărui rejecție sau abandon este așteptată.

Poate exista o perturbare de identitate caracterizată printr-o imagine de sine sau conștiință de sine marcat și persistent instabilă (criteriul 3). Există schimbări bruște și dramatice în imaginea de sine, caracterizate prin schimbarea obiectivelor, valorilor și aspirațiilor profesionale. Pot exista schimbări bruște în opiniile și planurile în legătură cu cariera, identitatea sexuală, valorile și tipurile de amici. Acești indivizi pot trece brusc de la rolul unui sărac care solicita ajutor, la cel al unui răzbunător îndreptățit al unui tratament eronat aplicat anterior. Deși au de regulă o imagine de sine bazată pe faptul de a fi răi sau imorali, indivizii cu această tulburare pot avea uneori sentimentul că ei nu există deloc. Astfel de experiențe apar de regulă în situațiile în care individul simte lipsa unei relații semnificative, a tutelării și suportului. Acești indivizi pot prezenta o performanță scăzută într-o activitate nestructurată ori în situații școlare.

Indivizii cu această tulburare manifestă impulsivitate în cel puțin două domenii, care sunt potențial autoprejudiciante (criteriul 4). Ei pot juca jocuri de șansă, cheltui banii în mod iresponsabil, mânca compulsiv, abuza de o substanță, se pot angaja în relații sexuale periculoase ori pot conduce imprudent. Indivizii cu tulburarea de personalitate borderline manifestă un comportament suicidar recurent, gesturi, amenințări ori comportament automutilant (criteriul 5). Suicidul complet survine la 8%-10% din astfel de indivizi, iar actele automutilante (de ex., tăiatul ori arsul) și amenințările și tentativele de suicid sunt foarte frecvente. Suicidalitatea recurentă este adesea motivul pentru care acești indivizi se prezintă pentru ajutor. Aceste acte autodestructive sunt precipitate de regulă de amenințările de separare sau de rejecție ori de eventualitatea ca ei să-și asume o responsabilitate crescută. Automutilarea poate surveni în cursul experiențelor disociative și adesea aduce ușurare prin reafirmarea capacității de a suferi ori prin expierea sentimentului individului că este păcătos.

Indivizii cu tulburare de personalitate borderline pot manifesta instabilitate afectivă, care se datorează unei reactivități marcate a dispoziției (de ex., disforie episodică intensă, iritabilitate sau anxietate durând câteva ore și numai rar, mai mult de câteva zile) (criteriul 6). Dispoziția disforică de bază a celor cu tulburarea de personalitate borderline este întreruptă adesea de perioade de mânie, panică sau disperare și este rar ușurată de perioadele de bunăstare sau de satisfacție. Aceste episoade pot reflecta reactivitatea extremă a individului la stresuri interpersonale. Indivizii cu tulburare de personalitate borderline pot fi deranjați de sentimente cronice de vid (criteriul 7). Ușor de plictisit, ei sunt în mod constant în căutarea a ceva de făcut. Indivizii cu tulburare de personalitate borderline prezintă frecvent o

care ajunge a fi supus atenției clinice, dar care nu satisface criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială. Numai când trăsăturile de personalitate sunt inflexibile, dezadaptative și persistente și cauzează o deteriorare funcțională semnificativă ori detresă subiectivă constituie tulburare de personalitate antisocială.

## Criteriile de diagnostic pentru 301.7 Tulburarea de Personalitate Antisocială

A. Există un pattern pervasiv de desconsiderare și violare a drepturilor altora apărând de la etatea de 15 ani, ca indicat de trei (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) incapacitate de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale, indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest;
(2) incorectitudine, indicată de mințitul repetat, uzul de alibiuri, manipularea altora pentru profit sau plăcere personală;
(3) impulsivitate sau incapacitate de a plănui dinainte;
(4) iritabilitate și agresivitate, indicate de luptele sau atacurile corporale repetate;
(5) neglijență nesăbuită pentru siguranța sa sau a altora;
(6) iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitatea repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-și onora obligațiile financiare;
(7) lipsa de remuşcare, indicată prin [illegible]

B. Individul este în etate de cel puțin 18 ani.

C. Există proba unei tulburări de conduită (vezi pag. 98) cu debut înainte de 15 ani.

D. Comportamentul antisocial nu survine exclusiv în cursul schizofreniei ori al unui episod maniacal.

## 301.83 Tulburarea de Personalitate Borderline

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate borderline îl constituie un pattern pervasiv de instabilitate a relațiilor interpersonale, a imaginii de sine și a afectelor și impulsivitate marcată, care începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Indivizii cu tulburare de personalitate borderline fac eforturi disperate pentru a evita abandonul real sau imaginar (criteriul 1). Perceperea separării sau rejecției iminente sau pierderea structurii externe pot duce la modificări profunde în imaginea de sine, afect, cunoaștere și comportament. Acești indivizi sunt foarte sensibili la circumstanțele ambientale. Ei experientează frici intense de abandon și o mânie inadecvată, chiar când sunt confruntați cu o separare reală pe un timp limitat, ori când există modificări inevitabile în plan (de ex., disperare bruscă drept răspuns la anunțarea de către clinician a terminării orei; panică sau furie când cineva important pentru ei întârzie câteva minute sau trebuie să anuleze o

## Diagnostic diferențial

Diagnosticul de tulburare de personalitate antisocială nu se pune indivizilor sub etatea de 18 ani ori se pune numai dacă există un istoric de unele simptome de tulburare de conduită înainte de etatea de 15 ani. Pentru indivizii în etate de peste 18 ani, un diagnostic de tulburare de conduită este pus numai dacă nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea de personalitate antisocială.

Când comportamentul antisocial la un adult este asociat cu o **tulburare în legătură cu o substanță**, diagnosticul de tulburare de personalitate antisocială este pus numai dacă semnele de tulburare de personalitate antisocială erau, de asemenea, prezente în copilărie și au continuat în perioda adultă. Când uzul de o substanță și comportamentul antisocial încep ambele în copilărie și continuă în perioada adultă, trebuie să fie diagnosticate, atât tulburarea în legătură cu o substanță, cât și tulburarea de personalitate antisocială, dacă sunt satisfăcute criteriile pentru ambele, chiar dacă unele acte antisociale pot fi consecința tulburării în legătură cu o substanță (de ex., vânzarea ilegală de droguri ori furtul, spre a obține mai mulți bani pentru droguri). Comportamentul antisocial care survine exclusiv în cursul **schizofreniei** ori al **episodului maniacal** nu trebuie să fie diagnosticat ca tulburare de personalitate antisocială.

Alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate antisocială, deoarece au anumite elemente în comun. Ca atare, este necesar să se facă distincție între aceste tulburări pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă însă, un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate, pe lângă tulburarea de personalitate antisocială, pot fi diagnosticate și acestea. Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială și cei cu **tulburare de personalitate narcisistică** au în comun tendința de a fi calculați, nesinceri, superficiali, exploatatori și lipsiți de empatie. Tulburarea de personalitate narcisistică nu include însă caracteristicile de impulsivitate, agresivitate și impostură. În plus, indivizii cu tulburare de personalitate antisocială pot să nu aibă necesitatea de a fi admirați și nici să fie invidioși pe alții, iar persoanele cu tulburare de personalitate narcisistică nu au, de regulă, istoricul de tulburare de conduită în copilărie ori de comportament infracțional în perioada adultă. Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială și cei cu **tulburare de personalitate histrionică** au în comun tendința de a fi impulsivi, superficiali, de a căuta excitația, de a fi recalcitranți, seducători și manipulativi, însă persoanele cu tulburare de personalitate histrionică tind a fi mai exagerate în emoțiile lor și de regulă nu se angajează în comportamente antisociale. Indivizii cu tulburările de personalitate histrionică și **borderline** sunt manipulativi spre a obține atenție, pe când cei cu tulburare de personalitate antisocială sunt manipulativi spre a obține un profit, putere ori vreo altă gratificație materială. Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială tind a fi mai puțin instabili emoțional și mai agresivi decât cei cu tulburare de personalitate borderline. Deși comportamentul antisocial poate fi prezent la unii indivizi cu **tulburare de personalitate paranoidă**, el nu este motivat de regulă de dorința de câștig personal ori de a exploata pe alții, ca în tulburarea de personalitate antisocială, ci este datorat mai curând dorinței de răzbunare.

Tulburarea de personalitate antisocială trebuie să fie distinsă de comportamentul infracțional întreprins pentru beneficiu și care nu este acompaniat de elemente de personalitate caracteristce acestei tulburări. Comportamentul antisocial adult, (menționat în secțiunea „Alte condiții care pot fi centrul atenției clinice", pag. 739) poate fi utilizat pentru a descrie comportamentul infracțional, agresiv sau antisocial

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Tulburarea de personalitate antisocială pare a fi asociată cu un status socio-economic inferior și cu mediul urban. Au fost avansate opinii, cum că diagnosticul poate fi aplicat uneori în mod eronat indivizilor în situații în care comportamentul, evident antisocial, poate fi parte a unei strategii protectoare de supraviețuire. În evaluarea trăsăturilor antisociale, este util pentru clinician să ia în considerație contextul social și economic în care survin comportamentele.

Prin definiție, personalitatea antisocială nu poate fi diagnosticată înainte de etatea de 18 ani. Tulburarea de personalitate antisocială este mult mai frecventă la bărbați decât la femei. Au existat opinii, cum că tulburarea de personalitate antisocială poate fi subdiagnosticată la femei, în special din cauza accentului pus pe itemii de agresivitate în definiția tulburării de conduită.

## Prevalență

Prevalența generală a tulburării de personalitate antisocială pe eșantioanele comunitare este de aproximativ 3% la bărbați și de aproximativ 1% la femei. Prevalența estimată în condiții clinice a variat de la 3% la 30%, în funcție de caracteristicile predominante ale populației eșantionate. Rate de prevalențe mai mari încă se observă în contexte de tratament pentru abuz de o substanță și în condiții de închisoare sau medicolegale.

## Evoluție

Tulburarea de personalitate antisocială are o evoluție cronică, dar poate deveni mai puțin evidentă sau se poate remite pe măsură ce individul înaintează în etate, în special în cea de a patra decadă de viață. Deși această remisiune tinde a fi evidentă în special sub aspectul angajării în comportamentul infracțional, este posibil să existe o diminuare în întreg spectrul de comportamente antisociale și în uzul de o substanță.

## Pattern familial

Tulburarea de personalitate antisocială este mai frecventă printre rudele biologice de gradul I decât în populația generală. Riscul pentru rudele biologice ale femeilor cu această tulburare tinde a fi mai mare decât riscul rudelor biologice ale bărbaților cu această tulburare. Rudele biologice ale persoanelor cu această tulburare sunt, de asemenea, expuse unui risc crescut de tulburare de somatizare și de tulburări în legătură cu o substanță. Într-o familie care are un membru cu tulburare de personalitate antisocială, bărbații au cel mai adesea tulburare de personalitate antisocială și tulburări în legătură cu o substanță, pe când femeile au cel mai adesea tulburare de somatizare. În astfel de familii există însă o creștere în prevalență a tuturor acestor tulburări, atât la bărbați cât și la femei, în comparație cu populația generală. Studiile pe adoptați indică faptul că, atât factorii genetici, cât și cei de mediu contribuie la riscul acestui grup de tulburări. Atât copiii adoptați, cât și cei biologici ai părinților cu tulburare de personalitate antisocială au un risc crescut de dezvoltare a tulburării de personalitate antisocială, tulburării de somatizare și tulburărilor în legătură cu o substanță. Copiii adoptați depărtați seamănă mai mult cu părinții lor biologici decât cu părinții adoptivi, dar mediul familiei adoptive influențează riscul de dezvoltare a unei tulburări de personalitate și psihopatologia asociată.

(de ex., „nedreptatea vieții", „perdanții merită să piardă", ori „el ar fi avut parte de asta oricum"). Acești indivizi pot blama victimele pentru că ar fi nebune, neajutorate, ori că își merită soarta; ei pot minimaliza consecințele vătămătoare ale acțiunilor lor ori manifestă pur și simplu o indiferență totală. În general, sunt incapabili să compenseze ori să plătească daune pentru comportamentul lor. Ei pot crede că toată lumea refuză să „ajute pe subsemnații" și că cineva trebuie să se oprească la nimicuri spre a evita să nu fie lăsat în pacce.

Comportamentul antisocial nu trebuie să apară exclusiv în cursul schizofreniei sau al unui episod maniacal (criteriul D).

## Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială sunt lipsiți frecvent de empatie și tind a fi cruzi, cinici și disprețuitori față de sentimentele, drepturile și suferințele altora. Ei pot avea o stimă de sine exagerată și arogantă (de ex., consideră că munca ordinară este mai prejos de ei ori lipsa unei preocupări realiste referitoare la problemele lor curente ori la viitorul lor) și pot fi excesiv de obstinați, siguri de sine sau infatuați. Pot prezenta un farmec aparent, superficial, și pot fi foarte volubili și facili verbal (de ex., uzează de termeni tehnici sau de jargon care impresionează pe oricine care nu este familiarizat cu subiectul). Lipsa de empatie, stima de sine exagerată și farmecul superficial sunt elemente care au fost incluse frecvent în conceptele tradiționale de psihopatie și pot fi extrem de distinctive pentru tulburarea de personalitate antisocială în închisoare sau în cadrul medicolegal, unde actele criminale, delincvente sau agresive este foarte posibil să fie nespecifice. Acești indivizi pot fi, de asemenea, iresponsabili și exploatatori în relațiile lor sexuale. Ei pot avea un istoric de multe partenere sexuale și pot să nu fi susținut niciodată o relație monogamă. Pot fi iresponsabili ca părinți, după cum este evidențiat de malnutriția unui copil, de o maladie a copilului rezultând din lipsa unui minimum de igienă, de dependența copilului de vecini sau de rude care locuiesc în altă parte, pentru mâncare sau adăpost, de incapacitatea de a angaja o bonă pentru un copil mic, când individul este departe de casă, ori de cheltuirea repetată a banilor necesari întreținerii familiei. Acești indivizi pot fi eliberați în mod dezonorant din armată, pot fi incapabili să se întrețină, se pot pauperiza și pot rămâne chiar fără locuință ori își petrec mulți ani în instituții penale. Mai mult decât oamenii din populația generală, este foarte probabil ca indivizii cu tulburare de personalitate antisocială să moară prematur prin mijloace violente (de ex., suicid, accidente și omucideri).

Indivizii cu această tulburare pot, de asemenea, experienta disforie, incluzând acuze de tensiune, incapacitate de a tolera plictiseala și dispoziție depresivă. Ei pot avea asociate tulburări anxioase, tulburări depresive, tulburări în legătură cu o substanță, tulburare de somatizare, joc de șansă patologic și alte tulburări ale controlului impulsului. Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială, au adesea și elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru alte tulburări de personalitate, în special pentru tulburările de personalitate borderline, histrionică și narcisistică. Probabilitatea de a dezvolta tulburarea de personalitate antisocială în viața adultă este crescută, dacă individul a experientat un debut precoce al tulburării de conduită (înainte de etatea de 10 ani), acompaniind tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție. Maltratarea sau neglijarea copilului, educația parentală inconstantă sau capricioasă ori disciplina parentală inadecvată pot crește probabilitatea ca tulburarea de conduită să evolueze în tulburare de personalitate antisocială.

Acest pattern a fost denumit, de asemenea, psihopatie, sociopatie sau tulburare de personalitate dissocială. Deoarece impostura și manipularea sunt elementele centrale ale tulburării de personalitate antisociale, poate fi extrem de util să se integreze informația obținută din evaluarea clinică sistematică cu informația colectată din surse colaterale.

Pentru a fi pus acest diagnostic, individul trebuie să aibă cel puțin etatea de 18 ani (criteriul B), precum și un istoric de câteva simptome de tulburare de conduită, înainte de etatea de 15 ani (criteriul C). Tulburarea de conduită implică un pattern persistent și repetitiv de comportament în care drepturile fundamentale ale altora ori, și normele sau regulile sociale corespunzătoare etății sunt violate. Comportamentele specifice caracteristice tulburării de conduită se încadrează într-una din următoarele patru categorii: agresarea oamenilor sau animalelor, distrugerea proprietății, impostura sau furtul, ori violarea gravă a regulilor. Acestea sunt descrise mai în detaliu la pag. 93.

Patternul de comportament antisocial se continuă în perioada adultă. Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială nu reușesc să se conformeze normelor sociale referitoare la comportamentul legal (criteriul A1). Ei pot comite în mod repetat acte care sunt motiv de arest (fie că sunt arestați sau nu), cum ar fi distrugerea proprietății, vexarea altora, furtul ori practicarea unor profesii ilegale. Persoanele cu această tulburare desconsideră dorințele, drepturile sau sentimentele altora. Ei înșeală și manipulează frecvent pe alții în scopul obținerii unui profit personal sau al plăcerii (de ex., spre a obține bani, sex, putere) (criteriul A2). Mint în mod repetat, fac uz de alibiuri, escrochează pe alții ori simulează. Un pattern de impulsivitate poate fi manifestat prin incapacitatea de a face planuri dinainte (criteriul A3). Deciziile sunt luate sub imperiul momentului, fără un plan anume și fără a lua în considerație eventualele consecințe pentru sine și pentru alții; aceasta poate duce la schimbări bruște de serviciu, de domiciliu sau de relații. Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială fiind a fi iritabili și agresivi și se pot angaja în mod repetat în lupte corp la corp ori comit acte de agresivitate corporală (inclusiv baterea soției sau copilului) (criteriul A4). Actele agresive, care sunt necesare pentru a se apăra pe sine sau pe oricare altul, nu sunt considerate a fi o probă pentru acest item. Acești indivizi manifestă, de asemenea, o desconsiderare necugetată față de siguranța lor sau a altora (criteriul A5). Aceasta se evidențiază prin comportamentul lor la conducerea unui vehicul (depășiri de viteză repetate, condus în timp ce sunt intoxicați, accidente multiple). Ei se pot angaja în comportamente sexuale sau în uzul unei substanțe care are un risc crescut de consecințe dăunătoare. Pot neglija sau nu reușesc să aibă grijă de un copil, ori pun copilul în pericol.

Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială tind, de asemenea, a fi iresponsabili în mod constant și extrem (criteriul A6). Comportamentul iresponsabil în muncă poate fi indicat prin perioadele semnificative de stat fără serviciu în dispreţul unor oprtunități de serveiu disponibile, ori prin abandonarea mai multor servicii fără a avea un plan realist de a obține un alt serviciu. De asemenea, poate exista un pattern de absențe repetate de la lucru care nu sunt explicate printr-o maladie, fie a lor înșiși, fie în familia lor. Iresponsabilitatea financiară este indicată prin acte ca neachitarea datoriilor, incapacitatea de a oferi copilului suport ori incapacitatea de a susține alți dependenți în mod regulat. Indivizii cu tulburare de personalitate antisocială au foarte puțină remușcare pentru consecințele actelor lor (criteriul A7). Ei pot fi indiferenți ori oferă o justificare superficială pentru faptul de a fi vătămat, maltratat ori furat de la cineva

tulburare de personalitate schizotipală nu prezintă de regulă comportamentele impulsive sau manipulative ale indivizilor cu tulburare de personalitate borderline. Există însă, o rată crescută de apariție concomitentă a celor două tulburări, așa că efectuarea distincției între ele nu este întotdeauna posibilă. **Elementele schizotipale din cursul adolescenței** pot fi mai curând expresia unei bulversări emoționale tranzitorii, decât o tulburare de personalitate durabilă.

### Criteriile de diagnostic pentru 301.22 Tulburarea de Personalitate Schizotipală

A. Un pattern pervasiv de deficite sociale și interpersonale manifestat prin disconfort acut în relații și reducerea capacității de a stabili relații intime, precum și prin distorsiuni cognitive și de percepție, și excentricități de comportament, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) idei de referință (excluzând ideile delirante de referință);
(2) gândire magică sau credințe stranii care influențează comportamentul și sunt incompatibile cu normele subculturale (de ex., superstițiozitate, credință în clarviziune, telepatie ori în cel de al „șaselea simț"; la copii și adolescenți, fantezii și preocupări bizare);
(3) experiențe perceptive insolite, incluzând iluzii corporale;
(4) gândire și limbaj bizar (de ex., limbaj vag, circumstanțial, metaforic, supraelaborat sau stereotip);
(5) suspiciozitate sau ideație paranoidă;
(6) afect inadecvat sau coarctat;
(7) comportament sau aspect bizar, excentric sau particular;
(8) lipsa de amici sau confidenți apropiați, alții decât rude de gradul I;
(9) anxietate socială excesivă care nu diminuă odată cu familiarizarea și tinde a fi asociată mai curând cu temeri paranoide decât cu judecăți negative despre sine.

B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice, al altei tulburări psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervasivă.

**Notă:** Dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid", de ex., „Tulburare de personalitate schizotipală (premorbid)".

## Tulburările de personalitate din grupa B

### 301.7 Tulburarea de Personalitate Antisocială

#### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate antisociale îl constituie un pattern pervasiv de desconsiderare și violare a drepturilor altora, care începe în copilărie sau precoce în adolescență și se continuă în perioada adultă.

personalitate trebuie să fi fost prezentă anterior debutului simptomelor psihotice și să persiste și după ce simptomele psihotice s-au remis. Când un individ are o tulburare psihotică cronică pe axa I (de ex., schizofrenie) care a fost precedată de tulburarea de personalitate schizotipală, tulburarea de personalitate schizotipală trebuie să fie înregistrată pe axa II, urmată de „premorbid" în paranteză.

Pot exista mari dificultăți în diferențierea copiilor cu tulburare shizotipală de grupul heterogen al copiilor solitari, bizari, al căror comportament este marcat de izolare socială, excentricitate ori particularități de limbaj, și al căror diagnostic ar include probabil forme ușoare de **tulburare autistă, tulburare Asperger, tulburări de limbaj expresiv și tulburări mixte de limbaj expresiv și receptiv. Tulburările de comunicare** pot fi diferențiate prin primatul și severitatea tulburării de limbaj, acompaniată de eforturi compensatorii ale copilului de a comunica prin alte mijloace (de ex., prin gesturi) și prin elementele caracteristce ale limbajului deteriorat, constatate la o evaluare specializată a limbajului. Formele mai ușoare de tulburare autistă și de tulburare Asperger se diferențiază prin lipsa mai mare a conștiinței sociale și a reciprocității emoționale precum și prin comportamentele și preocupările stereotipe.

Tulburarea de personalitate schizotipală trebuie să fie distinsă de **modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale**, în care trăsăturile apar din cauza efectelor directe ale unei condiții medicale generale asupra sistemului nervos central. Ea trebuie distinsă, de asemenea, de **simptomele care pot apare în asociere cu uzul cronic al unei substanțe** (de ex., tulburarea în legătură cu cocaina fără altă specificație).

Alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate schizotipală, deoarece au în comun anumite elemente. De aceea, este necesar să se facă distincție între aceste tulburări, pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă însă, un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate, pe lângă tulburarea de personalitate schizotipală, pot fi diagnosticate și acestea. Deși **tulburările de personalitate paranoidă** și **schizoidă** pot fi, de asemenea, caracterizate prin detașare socială și afect coartat, tulburarea de personalitate schizotipală poate fi distinsă de acestea două prin prezența distorsiunilor cognitive și de percepție și prin excentricitatea sau bizareria notabilă. Relațiile intime sunt limitate, atât în tulburarea de personalitate schizotipală, cât și în **tulburarea de personalitate evitantă**, însă în tulburarea de persolitate evitantă dorința activă de relații este restrânsă din cauza fricii de rejecție, pe când în tulburarea de personalitate schizotipală există o lipsă a dorinței de relații și detașare persistentă. Indivizii cu **tulburare de personalitate narcisistică** pot prezenta, de asemenea, suspiciozitate, izolare socială sau alienare, dar în tulburarea de personalitate narcisistică aceste calități derivă în primul rând din frica de a nu fi revelate imperfecțiuni sau deficiențe. Indivizii cu **tulburare de personalitate borderline** pot avea, de asemenea, simptome tranzitorii asemănătoare celor psihotice, dar acestea sunt de regulă mai strâns legate de schimbările afective ca răspuns la stres (de ex., mânie intensă, anxietate ori contrariere) și de regulă sunt mai disociative (de ex., derealizare sau depersonalizare). Din contra, este foarte posibil ca indivizii cu tulburare de personalitate schizotipală să aibă simptome durabile similare celor psihotice care se pot înrăutăți în condiții de stres, dar este mai puțin probabil că vor fi asociate invariabil cu simptome afective pronunțate. Deși izolarea socială poate surveni și în tulburarea de personalitate borderline, aceasta este de regulă secundară repetatelor eșecuri interpersonale datorate acceselor coleroase și schimbărilor frcvente de dispoziție, mai curând decât un rezultat al unei lipse persistente de contacte sociale și dorinței de intimitate. În plus, indivizii cu

pentru elementele tulburării de personalitate per se. În special, ca răspuns la stres, indivizii cu această tulburare pot experienta episoade psihotice tranzitorii (durând de la câteva minute, la câteva ore), însă ele sunt de regulă insuficiente ca durată pentru a justifica un diagnostic adițional de tulburare psihotică scurtă ori de tulburare schizofreniformă. În unele cazuri, pot apare simptome psihotice semnificative clinic care satisfac criteriile pentru tulburarea psihotică scurtă, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă sau schizofrenie. Peste jumătate pot avea un istoric de cel puțin un episod depresiv major. Între 30%-50% dintre indivizii diagnosticați cu această tulburare au un diagnostic concomitent de tulburare depresivă majoră când sunt internați într-o unitate clinică. Există o apariție concomitentă considerabilă cu tulburările de personalitate schizoidă, paranoidă, evitantă și borderline.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Distorsiunile cognitive și de percepție trebuie să fie evaluate în contextul mediului cultural al individului. Caracteristicile pervasive determinate cultural, în special cele referitoare la credințele și ritualurile religioase, pot pare schizotipale unui străin neinformat (de ex., woodoo, vorbitul în limbi, viața de după moarte, șamanismul, citirea gândurilor, cel de al șaselea simț, deochiul și credințele magice referitoare la sănătate și maladie).

Tulburarea de personalitate schizotipală poate fi evidentă încă din copilărie sau adolescență prin solitudine, relații reduse cu egalii, anxietate socială, performanță școlară sub posibilități, hipersensibilitate, gânduri și limbaj singular și fantezii bizare. Acești copii pot pare „stranii" sau „excentrici" și atrag tachinarea. Tulburarea de personalitate schizotipală este puțin mai frecventă la bărbați.

## Prevalență

Tulburarea de personalitate schizotipală a fost raportată a surveni în 3% din populația generală.

## Evoluție

Tulburarea de personalitate schizotipală are o evoluție relativ stabilă, cu doar un mic număr de indivizi mergând spre apariția schizofreniei sau a altei tulburări psihotice.

## Pattern familial

Tulburarea de personalitate schizotipală pare a se agrega familial și este mai frecventă printre rudele biologice de gradul I ale indivizilor cu schizofrenie decât în populația generală. Poate exista, de asemenea, o modestă creștere în schizofrenie sau alte tulburări psihotice la rudele probanzilor cu tulburare de personalitate schizotipală.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de personalitate schizotipală poate fi distinsă de **tulburarea delirantă**, de **schizofrenie** și de **tulburarea afectivă cu elemente psihotice**, deoarece toate aceste tulburări se caracterizează printr-o perioadă de simptome psihotice persistente (de ex., idei delirante și halucinații). Pentru a pune un diagnostic adițional de tulburare de personalitate schizotipală, tulburarea de

(criteriulA1). Acestea trebuie să fie distinse de ideile delirante de referință, în care credințele sunt susținute cu convingere delirantă. Acești indivizi pot fi superstițioși sau preocupați de fenomene paranormale, care sunt dincolo de normele subculturii lor (criteriul A2). Ei pot crede că au puteri speciale de a intui evenimentele înainte ca acestea să survină ori de a citi gândurile altora. De asemenea, ei pot crede că au un control magic asupra altora, care poate fi implementat direct (de ex., convingerea că soția a scos câinele la plimbare este rezultatul direct al gândului că așa ceva trebuia făcut cu o oră mai înainte) ori indirect, prin complianța la ritualuri magice (de ex., merge pe lângă un anumit obiect de trei ori pentru a evita un deznodământ prejudiciant). Pot fi prezente tulburări de percepție (de ex., a simți că este prezentă o altă persoană ori auzirea unei voci care-i murmură numele) (criteriul A3). Limbajul lor poate include expresii și construcții inuzuale sau idiosincratice. Limbajul este adesea dezlânat, digresiv sau vag, dar fără deraiere sau incoerență reală (criteriul A4). Răspunsurile pot fi, fie extrem de concrete, fie extrem de abstracte, iar cuvintele sau conceptele sunt utilizate uneori de o manieră insolită (de ex., persoana poate afirma că nu era prea „comunicativă" la serviciu).

Indivizii cu această tulburare sunt adesea suspicioși și pot avea ideație paranoidă (de ex., cred că colegii de serviciu intenționează să le submineze reputația în fața șefului) (criteriul A5). De regulă, ei nu sunt capabili să parcurgă întreaga gamă de afecte și de semnalizare interpersonală necesară relațiilor de succes și de aceea adesea par a interacționa cu alții în mod necorespunzător, rigid sau cu reținere (criteriul A6). Acești indivizi sunt considerați adesea a fi bizari sau excentrici din cauza manierismelor insolite și a modului neglijent de a se îmbrăca cu articole care nu se prea „asortează", ca și a inatenției față de convențiile sociale uzuale (de ex., persoana evită contactul vizual, poartă o îmbrăcăminte pătată de cerneală și rău asortată și este incapabilă să intre în persiflare reciprocă cu colaboratorii) (criteriul A7).

Indivizii cu tulburare de personalitate schizotipală experiențează relaționarea interpersonală ca problematică și sunt incomodați de prezența altor oameni. Deși își pot exprima tristețea în legătură cu lipsa lor de relații, comportamentul lor sugerează o dorință redusă de contacte intime. Drept rezultat, ei nu au nici un fel de amici sau confidenți ori au foarte puțini, alții decât o rudă de gradul I (criteriul A8). Sunt anxioși în situații sociale, în special în cele care implică persoane nonfamiliare (criteriul A9). Ei interacționează cu alți oameni când nu au încotro, dar preferă să țină în ei înșiși pentru că simt că sunt diferiți și că nu se pot „acomoda" cu aceștia. Anxietatea lor socială nu este ușor de înlăturat, chiar când petrec mai mult timp împreună sau devin mai familiari cu alți oameni, deoarece anxietatea lor tinde a fi asociată cu suspiciuni referitoare la intențiile acestora. De exemplu, când participă la un banchet, individul cu tulburarea de personalitate schizotipală nu va deveni mai relaxat pe măsură ce trece timpul ci, din contra, poate deveni mai tensionat și mai suspicios.

Tulburarea de personalitate schizotipală nu trebuie să fie diagnosticată, dacă patternul de comportament survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice, al altei tulburări psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervasive (criteriul B).

## Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu tulburare de personalitate schizotipală solicită adesea tratament pentru simptome asociate de anxietate, depresie ori alte afecte disforice mai curând decât

excesive a rejecției. Din contra, oamenii cu tulburare de personalitate schizoidă au o detașare mai pervasivă și o dorință redusă de intimitate socială. Indivizii cu **tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă** pot prezenta, de asemenea, o detașare socială evidentă provenind din devoțiunea față de muncă și disconfortul la emoții, dar ei au capacitatea subiacentă pentru intimitate.

Indivizii „singuratici" pot prezenta trăsături de personalitate care pot fi considerate schizoide. Numai când aceste trăsături sunt inflexibile și dezadaptative, și cauzează o deteriorare funcțională semnificativă ori detresă subiectivă, constituie tulburare de personalitate schizoidă.

### Criteriile de diagnostic pentru 301.20 Tulburarea de Personalitate Schizoidă

A. Un pattern pervasiv de detașare de relațiile sociale și o gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în situații interpersonale, începând precoce în perioada adultă și prezente într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) nici nu dorește și nici nu se bucură de relații strânse, inclusiv de faptul de a fi membru al unei familii;
(2) alege aproape întotdeauna activități solitare;
(3) are puțin sau nu are nici un interes în a avea experiențe sexuale cu altă persoană;
(4) îi plac puține ori nu-i plac nici un fel de activități;
(5) lipsa amicilor sau confidenților apropiați, alții decât rude de gradul I;
(6) pare a fi indiferent la criticile sau laudele altora;
(7) prezintă răceală emoțională, detașare sau afectivitate plată.

B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice, al altei tulburări psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervasivă și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

**Notă:** Dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid", de exemplu, „Tulburare de personalitate schizoidă (premorbid)".

## 301.22 Tulburarea de Personalitate Schizotipală

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate schizotipale îl constituie un pattern pervasiv de deficite sociale și interpersonale, manifestat printr-un disconfort acut în relații și reducerea capacității de a avea relații strânse, precum și prin distorsiuni cognitive și de percepție, și excentricități de comportament. Acest pattern începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Indivizii cu tulburare de personalitate schizotipală au adesea idei de referință (adică, interpretări incorecte ale incidentelor casuale și evenimentelor externe, ca având o semnificație particulară și insolită anume pentru persoana respectivă)

Tulburarea de personalitate schizoidă se poate manifesta încă din copilărie sau adolescență, prin solitudine, relații reduse cu egalii și performanță școlară redusă, care marchează acești copii sau adolescenți ca diferiți și fac din ei subiect de tachinare.

Tulburarea de personalitate schizoidă este diagnosticată într-o oarecare măsură mai frecvent la bărbați, și le poate cauza o deteriorare mai mare.

## Prevalență

Tulburarea de personalitate schizoidă este rară în condiții clinice.

## Pattern familial

Tulburarea de personalitate schizoidă poate avea o prevalență crescută la rudele indivizilor cu schizofrenie sau cu tulburare de personalitate schizotipală.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de personalitate schizoidă poate fi distinsă de **tulburarea delirantă, schizofrenie** și **tulburarea afectivă cu elemente psihotice**, deoarece aceste tulburări sunt toate caracterizate printr-o perioadă de simptome psihotice persistente (de ex., idei delirante și halucinații). Pentru a pune un diagnostic adițional de tulburare de personalitate schizoidă, tulburarea de personalitate trebuie să fi fost prezentă anterior debutului simptomelor psihotice și trebuie să persiste când simptomele s-au remis. Când un individ are o tulburare psihotică cronică pe axa I (de ex., schizofrenie) care a fost precedată de tulburarea de personalitate schizoidă, tulburarea de personalitate schizoidă trebuie să fie înregistrată pe axa II, urmată de „premorbid" în paranteză.

Pot exista mari dificultăți în diferențierea indivizilor cu tulburare de personalitate schizoidă de cei cu forme ușoare de **tulburare autistă** și de cei cu **tulburare Asperger**. Formele ușoare de tulburare autistă și de tulburare Asperger se diferențiază prin interacțiunea socială deteriorată mai sever și prin comportamente și preocupări stereotipe.

Tulburarea de personalitate schizoidă trebuie să fie distinsă de **modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale**, în care trăsăturile apar din cauza efectelor directe ale unei condiții medicale generale asupra sistemului nervos central. Ea trebuie distinsă, de asemenea, de **simptomele care apar în asociere cu uzul cronic al unei substanțe** (de ex., tulburarea în legătură cu cocaina fără altă specificație).

Și alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate schizoidă, deoarece au în comun anumite elemente. De aceea, este important să se distingă aceste tulburări unele de altele, pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă însă, un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate, pe lângă tulburarea de personalitate schizoidă, pot fi diagnosticate și acestea. Deși caracteristici, precum izolarea socială și afectivitatea coartată, sunt comune tulburărilor de personalitate schizoidă, schizotipală și paranoidă, tulburarea de personalitate schizoidă poate fi distinsă de **tulburarea de personalitate schizotipală** prin lipsa distorsiunilor cognitive și de percepție, iar de tulburarea de **personalitate paranoidă** prin lipsa suspiciozității și ideației paranoide. Izolarea socială a tulburării de personalitate schizoide poate fi distinsă de cea a **tulburării de personalitate evitante**, care este datorată fricii de a nu fi pus în dificultate sau considerat incapabil și anticipării

experiențe senzoriale, corporale sau interpersonale, cum ar fi o plimbare pe plajă în asfințit ori a avea un raport sexual. Acești indivizi nu au amici sau confidenți apropiați, cu excepția posibilă a unei rude de gradul I (criteriul A5).

Indivizii cu tulburare de personalitate schizoidă par adesea indiferenți la aprobare sau la critică din partea altora și nu par a fi deranjați de ceea ce pot gândi alții despre ei (criteriul A6). Ei pot să nu realizeze subtilitățile normale ale interacțiunilor sociale și adesea nu răspund în mod adecvat semnalelor sociale, astfel că par a fi inapți din punct de vedere social ori superficiali și cufundați în propriile gânduri. Prezintă de regulă o „amabilitate" exterioară fără reactivitate emoțională vizibilă și, rar, expresii faciale sau gesturi de răspuns, cum ar fi zâmbetul sau înclinarea capului (criteriul A7). Ei afirmă că experientează rar emoții puternice, cum ar fi furia și bucuria. Adesea prezintă un afect coarctat și par a fi reci și distanți. Însă, în acele circumstanțe insolite, în care acești indivizi devin, cel puțin temporar, plăcuți în a se revela lor înșiși, ei pot recunoaște că au sentimente care dor, legate în special de interacțiunile sociale.

Tulburarea de personalitate schizoidă nu trebuie să fie diagnosticată, dacă patternul de comportament survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice ori al unei tulburări de dezvoltare pervasivă sau dacă este datorată efectelor fiziologice directe ale unei condiții neurologice sau ale altei condiții medicale generale (criteriul B).

## Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu tulburare de personalitate schizoidă pot avea anumite dificultăți în exprimarea supărării, chiar ca răspuns la o provocare directă, ceea ce contribuie la impresia că sunt lipsiți de emoții. Viețile lor par adesea ca lipsite de direcție, iar ei pot apare ca fiind „duși de curent" în scopurile lor. Astfel de indivizi reacționează adesea pasiv la circumstanțe adverse și au dificultăți în a răspunde adecvat evenimentelor de viață importante. Din cauza lipsei lor de aptitudini sociale și lipsei dorinței de a avea relații sexuale, indivizii cu această tulburare au puțini amici, întâlniri rare și adesea nu se căsătoresc. Funcționarea profesională poate fi deteriorată, în special dacă este necesară implicarea interpersonală, dar indivizii cu această tulburare pot s-o facă bine când lucrează în condiții de izolare socială. În special ca răspuns la stres, indivizii cu această tulburare pot experienta episoade psihotice foarte scurte (durând de la câteva minute la câteva ore). În unele cazuri, tulburarea de personalitate schizoidă poate apare ca antecedentul premorbid al tulburării delirante sau al schizofreniei. Indivizii cu această tulburare pot dezvolta uneori tulburare depresivă majoră. Tulburarea de personalitate schizoidă apare cel mai adesea concomitent cu tulburările de personalitate schizotipală, paranoidă și evitantă.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Indivizi dintr-o varietate de fonduri culturale prezintă uneori comportamente defensive și stiluri interpersonale care pot fi etichetate în mod eronat ca schizoide. De exemplu, cei care s-au mutat din mediul rural în mediul urban pot reacționa cu „răceală emoțională" care poate dura câteva luni și se poate manifesta prin activități solitare, afect coarctat și alte deficiențe de comunicare. Imigranții din alte țări sunt uneori percepuți în mod eronat ca fiind reci, ostili sau indiferenți.

### Criteriile de diagnostic pentru 301.0 Tulburarea de Personalitate Paranoidă

A. O neîncredere și suspiciozitate pervasivă față de alții, astfel că intențiile acestora sunt interpretate ca răuvoitoare, începând precoce în perioada adultă și prezente într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) suspectează, fără o bază suficientă, că alții îl (o) exploatează, prejudiciază sau înșeală;
(2) este preocupat (ă) de dubii nejustificate referitoare la loialitatea sau corectitudinea amicilor sau asociaților;
(3) refuză să aibă încredere în alții din cauza fricii nejustificate că informațiile vor fi utilizate malițios contra sa;
(4) citește intenții degradante sau amenințătoare în remarci sau evenimente benigne;
(5) poartă pica tot timpul, adică este implacabil (ă) față de insulte, injurii sau ofense;
(6) percepe atacuri la persoană sau la reputația sa, care nu sunt evidente altora și este prompt (ă) în a acționa coleros sau în a contraataca;
(7) are suspiciuni recurente, fără nici o justificare, referitoare la fidelitatea soției (soțului) ori partenerei (partenerului) sexual (e).

B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice ori al altei tulburări psihotice și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

**Notă:** Dacă criteriile sunt satisfăcute anterior debutului schizofreniei, se adaugă „premorbid", de ex., „Tulburare de personalitate paranoidă (premorbid)".

## 301.20 Tulburarea de Personalitate Schizoidă

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate schizoide îl constituie un pattern pervasiv de detașare de relațiile sociale și o gamă restrânsă de exprimare a emoțiilor în situații interpersonale. Acest pattern începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Indivizii cu tulburare de personalitate schizoidă par a fi lipsiți de dorința de intimitate, par indiferenți la oportunitățile de a dezvolta relații strânse și nu par a procura multă satisfacție din a fi membru al unei familii ori al unui alt grup social (criteriul A1). Ei preferă să-și petreacă timpul de unii singuri, mai curând decât împreună cu alții. Adesea par a fi izolați social sau „singuratici" și aproape totdeauna aleg activități sau hobbiuri solitare care nu comportă interacțiune cu alții (criteriul A2). Preferă sarcini mecanice sau abstracte, cum ar fi jocurile pe computer sau matematice. Pot manifesta puțin interes pentru a avea relații sexuale cu alte persoane (criteriul A3), și nu le fac plăcere decât foarte puține sau nici un fel de activități (criteriul A4). Există de regulă o capacitate redusă de a gusta plăcere din

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de personalitate paranoidă poate fi distinsă de **tulburarea delirantă, tip de persecuție**, de **schizofrenia paranoidă** și de **tulburarea afectivă cu elemente psihotice**, deoarece toate aceste tulburări sunt caracterizate printr-o perioadă de simptome psihotice persistente (de ex., idei delirante și halucinații). Pentru a putea pune diagnosticul adițional de tulburare de personalitate paranoidă, tulburarea de personalitate trebuie să fi fost prezentă anterior debutului simptomelor psihotice și să persiste după remisiunea acestora. Când un individ are pe axa I o tulburare psihotică (de ex., schizofrenie), care a fost precedată de tulburarea de personalitate paranoidă, tulburarea de personalitate paranoidă trebuie să fie înregistrată pe axa II, urmată de „premorbid" în paranteză.

Tulburarea de personalitate paranoidă trebuie să fie distinsă de **modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale**, în care trăsăturile apar din cauza efectelor directe ale unei condiții medicale generale asupra sistemului nervos central. Ea trebuie distinsă, de asemenea, de **simptomele care pot apare în asociere cu uzul cronic al unei substanțe** (de ex., tulburarea în legătură cu cocaina fără altă specificație). În fine, ea trebuie, de asemenea, distinsă de **trăsăturile paranoide asociate cu prezența unui handicap fizic** (de ex., deteriorarea auzului).

Alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate paranoidă, deoarece au în comun cu aceasta anumite elemente. De aceea, este important să se distingă între aceste tulburări pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă, însă, un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate, pe lângă tulburarea de personalitate paranoidă pot fi diagnosticate și acestea. Tulburarea de personalitate paranoidă și **tulburarea de personalitate schizotipală** au în comun trăsăturile de suspiciozitate, de distanțare interpersonală și ideația paranoidă, dar tulburarea schizotipală include, de asemenea, simptome, cum ar fi gândirea magică, experiențele perceptuale insolite și bizareriile de gândire și limbaj. Indivizii cu comportamente care satisfac criteriile pentru **tulburarea de personalitate schizoidă** sunt percepuți adesea ca fiind stranii, excentrici, reci și distanți, dar ei nu au de regulă o ideație paranoidă notabilă. Tendința indivizilor cu tulburare de personalitate paranoidă de a reacționa coleros la stimuli minori, este întâlnită, de asemenea, în **tulburările de personalitate borderline** și **histrionică**. Aceste tulburări nu sunt asociate însă în mod necesar cu suspiciozitate pervasivă. Oamenii cu **tulburarea de personalitate evitantă** pot, de asemenea, refuza să aibă încredere în alții, dar mai mult din cauza fricii de a nu fi puși în dificultate sau considerați incapabili decât de frica intențiilor răuvoitoare ale celorlalți. Deși comportamentul antisocial poate fi prezent la unii indivizi cu tulburare de personalitate paranoidă, acesta nu este motivat de regulă de dorința de câștig personal ori de a exploata pe alții ca în **tulburarea de personalitate antisocială**, ci este mai curând datorat dorinței de răzbunare. Indivizii cu **tulburare de personalitate narcisistică** pot prezenta ocazional suspiciozitate, izolare socială sau alienare, dar aceasta derivă în primul rând din fricile de a nu fi relevate imperfecțiunile sau deficiențele lor.

Trăsăturile paranoide pot fi adaptative, în special în ambianțe amenințătoare. Tulburarea de personalitate paranoidă trebuie să fie diagnosticată numai când aceste trăsături sunt inflexibile, dezadaptative și persistente, și cauzează o deteriorare funcțională sau detresă subiectivă semnificativă.

confirme ideile negative preconcepute despre oamenii sau situațiile cu care se confruntă, atribuind intenții răuvoitoare altora, acestea fiind proiectarea propriilor lor frici. Ei prezintă adesea fantezii de grandoare nerealiste, ușor ascunse, se pun adesea de acord cu problemele de putere și rang, și tind să dezvolte stereotipuri negative față de alții, în special față de acele grupuri de populații distincte de cele ale lor. Atrași de formulări simpliste ale lumii, ei se tem adesea de situațiile ambigui. Pot fi percepuți ca „fanatici" și formează „culte" sau grupuri strâns unite cu alții care împărtășesc sistemele lor de convingeri paranoide.

În special ca răspuns la stres, indivizii cu această tulburare pot experienta scurte episoade psihotice (durând minute sau ore). În unele cazuri, tulburarea de personalitate paranoidă poate apare ca antecedent premorbid al tulburării delirante sau al schizofreniei. Indivizii cu această tulburare pot prezenta tulburare depresivă majoră, precum și un risc crescut pentru agorafobie și tulburarea obsesivo-compulsivă. Survin frecvent abuzul sau dependența de alcool sau de altă substanță. Cele mai frecvente tulburări de personalitate concomitente par a fi cele schizotipală, schizoidă, narcisistică, evitantă și borderline.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Unele comportamente, care sunt influențate de contextele socioculturale sau de anumite circumstanțe de viață, pot fi etichetate în mod eronat ca paranoide și chiar pot fi întărite de către procesul de evaluare clinică. Membrii grupurilor minoritare, imigranții, refugiații politici și economici ori indivizii din fonduri cultutale diferite pot prezenta comportamente defensive sau prudente datorate nonfamiliarității (de ex., bariere lingvistice sau lipsa de cunoaștere a regulilor și reglementărilor), ori ca răspuns la neglijența sau indiferența percepută din partea societății majoritare. Aceste comportamente pot, în schimb, genera iritare și frustrare la cei care se ocupă de acești indivizi, determinând deci un cerc vicios de neîncredere reciprocă și care nu trebuie confundat cu tulburarea de personalitate paranoidă. Unele grupuri etnice prezintă, de asemenea, comportamente în legătură cu cultura care pot fi interpretate în mod eronat ca paranoide.

Tulburarea de personalitate paranoidă poate fi evidentă încă din copilărie sau adolescență prin solitarism, relații reduse cu egalii, anxietate socială, performanță școlară redusă, hipersensibilitate, ideație și limbaj bizar, și fantezii idiosincratice. Acești copii pot apare ca „bizari" sau „excentrici" și atrag ironii. În eșantioanele clinice, tulburarea pare a fi diagnosticată mai frecvent la bărbați.

## Prevalență

Prevalența tulburării de personalitate paranoidă a fost raportată a fi de 0,5%–2,5% în populația generală, de 10%–30% printre cei din unitățile psihiatrice cu internare la pat și de 2%–10% printre cei din clinicile de sănătate mentală cu pacienți ambulatori.

## Pattern familial

Există unele probe de prevalență crescută a tulburării de personalitate paranoidă printre rudele probanzilor cu schizofrenie cronică și de o relație familială mai specifică cu tulburarea delirantă, tip de persecuție.

contra lor (criteriul A3). Ei pot refuza să răspundă la întrebările referitoare la persoana lor, spunând că informația cerută este o „chestiune personală". Văd semnificații degradante sau amenințătoare în cele mai benigne remarci sau evenimente (criteriul A4). De exemplu, un individ cu această tulburare poate interpreta fals o eroare inocentă a unui vânzător dintr-un magazin drept o tentativă deliberată de a nu-i da restul, ori poate vedea într-o remarcă comică ocazională a unui colaborator, un atac cu caracter grav. Complimentele sunt adesea interpretate eronat (de ex., un compliment referitor la o achiziție este interpretat în mod eronat ca o critică pentru egoism; un compliment referitor la o realizare este interpretat în mod eronat drept o încercare de a-l obliga la o funcționare și mai bună). Pot vedea o ofertă de ajutor, drept o critică a faptului că ei nu fac suficient de bine ceea ce trebuie să facă.

Indivizii cu această tulburare poartă tot timpul pică și nu uită insultele, injuriile ori ofensele pe care cred că le-au primit (criteriul 5). Ofense minore dau naștere la ostilitate majoră, sentimentele de ostilitate persistând mult timp. Pentru că ei sunt tot timpul atenți la intențiile prejudiciante ale altora, foarte adesea ei simt că persoana sau reputația lor a fost atacată, ori că au fost ofensați într-un mod oarecare. Sunt prompți în a contraataca sau în a reacționa coleros la insultele percepute (criteriul A6). Persoanele cu această tulburare pot fi geloase patologic, suspectând adesea soția(ul) ori partenera(ul) sexual(ă) de infidelitate, fără nici un motiv (criteriul A7). Pot strânge „probe" banale și circumstanțiale pentru a-și susține convingerile de gelozie. Subiecții doresc să mențină un control complet asupra relațiilor intime spre a evita să fie înșelați și se întreabă și se frământă tot timpul în legătură cu locurile unde se află, cu acțiunile, intențiile și fidelitatea soției (soțului) sau partenerei (partenerului).

Tulburarea de personalitate paranoidă nu trebuie să fie diagnosticată, dacă patternul de comportament survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice ori al altei tulburări psihotice, sau dacă se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții neurologice ori altei condiții medicale generale (de ex., epilepsia lobului temporal) (criteriul B).

## Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu tulburare de personalitate paranoidă sunt în general dificili în a se înțelege cu alții și au adesea probleme în relațiile intime. Suspiciozitatea și ostilitatea lor excesivă se pot exprima prin certuri în public, proteste repetate ori printr-o detașare calmă, evident ostilă. Deoarece sunt foarte atenți la eventualele amenințări, ei pot acționa în mod prudent, secret sau indirect, și par a fi „reci" și lipsiți de sentimente tandre. Deși par a fi obiectivi, raționali și insensibili, ei prezintă adesea o gamă de afecte labile în care predomină expresiile ostile, obstinate și sarcastice. Natura lor combativă și suspicioasă poate provoca un răspuns ostil la alții, ceea ce servește la confirmarea suspiciunilor lor primare.

Deoarece indivizii cu tulburare de personalitate paranoidă sunt lipsiți de încredere în alții, ei au o necesitate crescută de independență și un sentiment puternic de autonomie. Necesită a avea, de asemenea, un grad crescut de control asupra celor din jurul lor. Ei sunt adesea rigizi, critici față de alții, incapabili să colaboreze, cu toate că ei înșiși au mari dificultăți în a accepta critica. Pot blama pe alții pentru propriile lor deficiențe. Din cauza promptitudinii lor de a contraataca, drept răspuns la amenințările pe care le percep în jur, ei pot fi litigioși și sunt implicați frecvent în dispute legale. Indivizii cu această tulburare caută să-și

dezadaptative ale trăsăturilor de personalitate care trec imperceptibil în normalitate, precum și una într-alta. Au existat multe tentative diferite de a identifica cele mai fundamentale dimensiuni care se află la baza întregului domeniu al funcționării personalității normale și patologice. Un model constă din următoarele cinci dimensiuni: neuroticism, introversiune versus extroversiune, închidere versus deschidere la experiență, antagonism versus concordanță, și conștiinciozitate. Altă abordare constă în a descrie domenii mai specifice de disfuncție a personalității incluzând nu mai puțin de 15-40 de dimensiuni (de ex., reactivitate afectivă, apehrensiune socială, distorsiune cognitivă, impulsivitate, nesinceritate, autosuficiență). Alte modele dimensionale care au fost propuse includ afectivitatea pozitivă, afectivitatea negativă și constrângerea, căutarea noutății, dependența de recompensă, evitarea prejudicierii, constanța, autoconducerea, cooperarea și autodepășirea; puterea (dominare versus supunere) și afiliere (iubire versus ură); căutarea plăcerii versus evitarea durerii, acomodare pasivă versus modificare activă și autoinstruire versus altă educație. Grupele de tulburări de personalitate din DSM-IV (adică, bizar-excentrică, dramatic-emoțională și anxios-temătoare) pot fi văzute, de asemenea, și ca aspecte ale disfuncției personalității pe un continuum cu tulburările mentale de pe axa I. Modele dimensionale alternative au multe în comun și împreună par a acoperi domenii importante ale disfuncției personalității. Integrarea, utilitatea clinică și relațiile lor cu categoriile diagnostice de tulburare de personalitate și cu diversele aspecte ale disfuncției personalității rămân sub o investigație activă.

# Tulburările de Personalitate din Grupa A

## 301.0 Tulburarea de Personalitate Paranoidă

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate paranoide îl constituie un pattern de neîncredere și suspiciune pervasivă față de alții, astfel că intențiile acestora sunt interpretate ca răuvoitoare. Acest pattern începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Indivizii cu această tulburare presupun că alți oameni îi vor exploata, leza sau înșela, chiar dacă nu există nici o probă care să susțină această presupunere (criteriul A1). Ei suspectează, pe baza a foarte puține date ori fără nici o probă, că alții complotează contra lor și-i pot ataca brusc, oricând și fără motiv. Simt adesea că au fost profund și irevocabil prejudiciați de o altă persoană sau persoane, chiar când nu există nici o probă obiectivă pentru aceasta. Ei sunt preocupați de dubii nejustificate referitoare la loialitatea și corectitudinea amicilor și asociaților lor, ale căror acțiuni sunt scrutate continuu pentru demonstrarea intențiilor ostile (criteriul A2). Orice abatere percepută de la corectitudine și loialitate servește la susținerea supozițiilor lor fundamentale. Ei sunt atât de surprinși când un amic sau asociat le arată loialitate, că nu le vine să creadă aceasta. Când se află în dificultate, se așteaptă ca amicii sau asociații lor să-i atace sau să-i ignore.

Indivizii cu această tulburare refuză să aibă încredere sau să fie mai apropiați de alții pentru că se tem că informațiile pe care le împărtășesc altora vor fi utilizate

Când o persoană are o **tulburare în legătură cu o substanță**, este important să nu se pună diagnosticul de tulburare de personalitate numai pe baza comportamentelor care sunt consecințe ale intoxicației sau abstinenței de o substanță, ori care sunt asociate cu activități în serviciul susținerii unei dependențe (de ex., comportamentul antisocial). Când modificările durabile de personalitate apar ca rezultat al efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., o tumoră cerebrală), trebuie să fie luat în considerație un diagnostic de modificare de personalitate datorată unei condiții medicale generale (pag. 187).

Tulburările de personalitate trebuie să fie distinse de trăsăturile de personalitate care nu ating pragul pentru o tulburare de personalitate. Trăsăturile de personalitate sunt diagnosticate ca tulburare de personalitate numai când sunt inflexibile, dezadaptative și persistente, și cauzează o deteriorare funcțională sau detresă subiectivă semnificativă.

### Criteriile de diagnostic pentru o Tulburare de Personalitate

A. Un pattern durabil de experiență internă și de comportament care deviază considerabil de la cerințele culturii individului. Acest pattern se manifestă în două (sau mai multe) din următoarele domenii:
   (1) cunoaștere (adică modurile de a se percepe și interpreta pe sine, alte persoane și evenimentele);
   (2) afectivitate (adică, gama, intensitatea, labilitatea și adecvarea răspunsului emoțional);
   (3) funcționare interpersonală;
   (4) controlul impulsului.

B. Patternul durabil este inflexibil și pervasiv în raport cu o gamă largă de situații personale și sociale.

C. Patternul durabil duce la o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.

D. Patternul este stabil și de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv cel puțin până în adolescență sau la începutul perioadei adulte.

E. Patternul durabil nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecință a unei alte tulburări mentale.

F. Patternul durabil nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., traumatism cranian)

## Modelele dimensionale pentru Tulburările de Personalitate

Abordarea diagnostică utilizată în acest manual reprezintă perspectiva categorială, conform căreia tulburările de personalitate reprezintă sindrome clinice calitativ distincte. O alternativă la abordarea categorială o constituie perspectiva dimensională, conform căreia tulburările de personalitate reprezintă variante

Anumite tulburări de personalitate (de ex., tulburarea de personalitate antisocială) sunt diagnosticate mai frecvent la bărbați. Altele (de ex., tulburările de personalitate borderline, histrionică și dependentă) sunt diagnosticate mai frecvent la femei. Deși aceste diferențe în prevalență reflectă probabil diferențele reale dintre sexe sub raportul prezenței unor astfel de patternuri, clinicienii trebuie să fie atenți să nu supra- sau subdiagnosticheze anumite tulburări de personalitate la femei sau la bărbați din cauza stereotipurilor sociale referitoare la rolurile și comportamentele tipice sexului.

## Evoluție

Elementele unei tulburări de personalitate devin evidente de regulă în cursul adolescenței sau la începutul vieții adulte. Prin definiție, o tulburare de personalitate este un pattern durabil de gândire, simțire și comportare relativ stabil în decursul timpului. Unele tipuri de tulburare de personalitate (în special, tulburările de personalitate antisocială și borderline) tind a deveni mai puțin evidente ori a se remite cu etatea, pe când pentru unele dintre celelalte tipuri, aceasta pare a fi mai puțin adevărat (de ex., tulburările de personalitate obsesivo-compulsivă și schizotipală).

## Diagnostic diferențial

Multe dintre criteriile specifice pentru tulburările de personalitate descriu elemente (de ex., suspiciozitate, dependență ori insensibilitate) care sunt caracteristice, de asemenea, episoadelor de tulburări mentale de pe axa I. O tulburare de personalitate trebuie diagnosticată numai când caracteristicile definitorii apar înaintea începutului perioadei adulte, sunt tipice pentru funcționarea pe termen lung a individului, și nu survin în mod exclusiv în timpul unui episod al unei tulburări de pe axa I. Poate fi extrem de dificil (dar nu și extrem de util) să se distingă tulburările de personalitate de cele de pe axa I (de ex., tulburarea distimică) care au un debut precoce și o evoluție cronică, relativ stabilă. Unele tulburări de personalitate pot avea un „spectru" de relație cu anumite condiții de pe axa I (de ex., tulburarea de personalitate schizotipală, cu schizofrenia; tulburarea de personalitate evitantă, cu fobia socială), bazat pe similitudini fenomenologice sau biologice ori pe agregare familială.

Pentru cele trei tulburări de personalitate care pot fi în legătură cu **tulburările psihotice** (adică, paranoidă, schizoidă și schizotipală), există un criteriu de excludere statuând că patternul de comportament nu trebuie să fi apărut exclusiv în cursul schzofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice ori al altei tulburări psihotice. Când un individ are o tulburare psihotică pe axa I (de ex., schizofrenie) care a fost precedată de o tulburare de personalitate preexistentă, tulburarea de personalitate trebuie, de asemenea, să fie înregistrată pe axa II, urmată de „premorbid" în paranteză.

Clinicianul trebuie să fie atent la diagnosticarea tulburărilor de personalitate în cursul unui episod al unei **tulburări afective** ori al unei **tulburări anxioase**, pentru că aceste condiții pot avea pe secțiune transversală elemente care mimează trăsăturile de personalitate, și pot face și mai dificil de evaluat retrospectiv patternurile de funcționare pe termen lung ale individului. Când modificările de personalitate apar și persistă după ce un individ a fost expus la un stres extrem, trebuie luat în considerație diagnosticul de **stres posttraumatic** (vezi pag. 463).

menționeze toate diagnosticele de tulburare de personalitate relevante, în ordinea importanței. Când o tulburare de pe axa I nu este diagnosticul principal sau motivul consultației, clinicianul este încurajat să indice care tulburare de personalitate este diagnosticul principal sau motivul consultației prin notarea „diagnostic principal" ori „motivul consultației" în paranteză. În cele mai multe cazuri, diagnosticul principal sau motivul consultației este, de asemenea, centrul atenției sau tratamentului. Tulburarea de personalitate fără altă specificație este diagnosticul corespunzător pentru o prezentare „mixtă" în care nu sunt satisfăcute criteriile pentru nici o tulburare de personalitate, singură, dar sunt prezente elemente ale mai multor tulburări de personalitate și comportă o deteriorare semnificativă clinic.

Trăsăturile de personalitate dezadaptive specifice care nu satisfac pragul pentru o tulburare de personalitate pot fi, de asemenea, menționate pe axa II. În astfel de cazuri, nu trebuie să fie utilizat nici un cod specific; clinicianul, de ex., poate înregistra „Axa II: V71.09. Nici un diagnostic pe axa II, trăsături histrionice de personalitate". Uzul anumitor mecanisme de apărare poate fi, de asemenea, indicat pe axa II. De exemplu, clinicianul poate înregistra „Axa II: 301.6 Tulburare de personalitate dependentă; uz frecvent de negare". Glosarul de definiții ale mecanismelor de apărare specifice și scala de funcționare defensivă apar în anexa B (pag. 810).

Când un individ are o tulburare psihotică cronică pe axa I (de ex., schizofrenie) care a fost precedată de o tulburare de personalitate preexistentă (de ex., schizoidă, schizotipală sau paranoidă), tulburarea de personalitate trebuie înregistrată pe axa II, urmată de „premorbid" în paranteză. De exemplu, axa I: 295.30 Schizofrenie de tip paranoid; axa II: 301.20 Tulburare de personalitate schizoidă (premorbid).

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Judecățile referitoare la funcționarea personalității trebuie să ia în considerație fondul etnic, cultural și social al individului. Tulburarea de personalitate nu trebuie să fie confundată cu problemele asociate cu aculturația urmând imigrării ori cu exprimarea de habitudini, cutume ori valori religioase sau politice profesate în cultura de origine a individului. În special, când se evaluează cineva dintr-un fond diferit, este util pentru clinican să obțină informații de la informatori familiarizați cu fondul cultural al persoanei.

Categoriile de tulburări de personalitate pot fi aplicate la copii și adolescenți în acele cazuri, relativ rare, în care anumite trăsături dezadaptative de personalitate par a fi pervasive, persistente și este improbabil că vor fi limitate la un anumit stadiu de dezvoltare ori la un episod al unei tulburări de pe axa I. Trebuie știut că trăsăturile de personalitate care apar în copilărie nu persistă adesea neschimbate în viața adultă. Pentru a diagnostica o tulburare de personalitate la un individ sub 18 ani, trăsăturile trebuie să fi fost prezente de cel puțin 1 an. Singura excepție de la aceasta o constituie tulburarea de personalitate antisocială, care nu poate fi diagnosticată la indivizii sub 18 ani (vezi pag. 701). Deși, prin definiție, o tulburare de personalitate necesită un debut nu mai târziu de începutul perioadei adulte, indivizii pot să nu vină pentru examen clinic decât relativ târziu în viață. O tulburare de personalitate poate fi exacerbată după pierderea unor persoane de suport importante (de ex., soția /soțul/) ori a unor situații sociale stabile anterior (de ex., serviciul). În orice caz, apariția unei modificări de personalitate la mijlocul perioadei adulte ori mai târziu în viață justifică o evaluare completă pentru a preciza prezența posibilă a unei modificări de personalitate datorată unei condiții medicale generale ori a unei tulburări nerecunoscute în legătură cu o substanță.

extravaganți. Grupa C include tulburările de personalitate evitantă, dependentă și obsesivo-compulsivă. Indivizii cu aceste tulburări apar adesea ca anxioși și fricoși. Trebuie menționat că acest sistem de grupare, deși util în unele situații de cercetare și educaționale, are limite serioase și nu a fost pe deplin validat. În afară de aceasta, indivizii prezintă frecvent concomitent tulburări de personalitate din diferite grupe.

## Elemente de diagnostic

*Trăsăturile de personalitate* sunt patternuri durabile de percepere, relaționare și gândire despre ambianță și sine însuși, care sunt manifestate într-o gamă largă de contexte sociale și personale. Numai când trăsăturile de personalitate sunt inflexibile și dezadaptative, și cauzează deteriorare funcțională sau detresă subiectivă semnificativă constituie tulburări de personalitate. Elementul esențial al unei tulburări de personalitate îl constituie un pattern durabil de experiență internă și de comportament care deviază considerabil de la cerințele culturii individului și se manifestă în cel puțin două din următoarele domenii: cunoaștere, afectivitate, funcționare interpersonală ori control al impulsului (criteriul A). Acest pattern durabil este inflexibil și pervasiv, în raport cu o gamă largă de situații personale și sociale (criteriul B), și duce la detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare (criteriul C). Patternul este stabil și de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv cel puțin până în adolescență sau începutul perioadei adulte (criteriul D). Patternul nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecință a altei tulburări mentale (criteriul E) și nu se datorează consecințelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz un medicament, expunere la un toxic) ori ale unei condiții medicale generale (de ex., un traumatism cranian) (criteriul F). Pentru fiecare tulburare de personalitate inclusă în această secțiune sunt prevăzute, de asemenea, criterii de diagnostic specifice. Itemii din seturile de criterii ale fiecărei tulburări de personalitate specifice sunt menționați în ordinea descrescândă a importanței diagnostice, măsurată prin date relevante despre eficiența diagnostică (când sunt disponibile).

Diagnosticul de tulburare de personalitate necesită o evaluare a patternurilor de funcționare ale individului pe termen lung, iar elementele de personalitate particulare trebuie să fie manifeste de la începutul perioadei adulte. Trăsăturile de personalitate care definesc aceste tulburări trebuie, de asemenea, distinse de caracteristicile care apar ca răspuns la stresori situaționali specifici sau de stări mentale tranzitorii (de ex., tulburările afective sau anxioase, intoxicația cu o substanță). Clinicianul trebuie să evalueze stabilitatea trăsăturilor de personalitate în decursul timpului și în raport cu diverse situații. Deși uneori este suficient un singur interviu cu persoana pentru a pune diagnosticul, adesea este necesar mai mult decât un singur interviu și distanță între ele în timp. Evaluarea poate fi complicată, de asemenea, de faptul că elementele caracteristice care definesc tulburarea de personalitate pot să nu fie considerate problematice de către individ (adică, trăsăturile sunt egosintonice). Pentru a ajuta la depășirea acestei dificultăți, pot fi utile informații suplimentare de la alți informatori.

## Procedee de înregistrare

Tulburările de personalitate sunt codificate pe axa II. Când patternul de comportament al unui individ satisface criteriile pentru mai mult decât o singură tulburare de personalitate (așa cum este adesea cazul), clinicianul trebuie să

# Tulburările de Personalitate

Această secțiune începe cu o definiție generală a tulburării de personalitate care se aplică fiecăreia dintre cele 10 tulburări de personalitate specifice. O tulburare de personalitate este un pattern durabil de experiență internă și de comportament care deviază considerabil de la cererile culturii individului, este pervasiv și inflexibil, are debutul în adolescență sau precoce în perioada adultă, este stabil în cursul timpului și duce la detresă sau deteriorare. Tulburările de personalitate incluse în această secțiune sunt menționate mai jos.

**Tulburarea de personalitate paranoidă** este un pattern de neîncredere și suspiciune, intențiile altora fiind interpretate ca răuvoitoare.

**Tulburarea de personalitate schizoidă** este un pattern de detașare de relațiile sociale și o gamă restrânsă de expresie emoțională.

**Tulburarea de personalitate schizotipală** este un pattern de discomfort acut în relațiile intime, de distorsiuni cognitive sau perceptuale și excentricități de comportament.

**Tulburarea de personalitate antisocială** este un pattern de desconsiderare și de violare a drepturilor altora.

**Tulburarea de personalitate borderline** este un pattern de instabilitate în relațiile personale, imaginea de sine și afecte, și de impulsivitate marcată.

**Tulburarea de personalitate histrionică** este un pattern de emoționalitate excesivă și de căutare a atenției.

**Tulburarea de personalitate narcisistică** este un pattern de grandoare, necesitate de admirație și lipsă de empatie.

**Tulburarea de personalitate evitantă** este un pattern de inhibiție socială, de sentimente de inadecvare și de hipersensibilitate la evaluarea negativă.

**Tulburarea de personalitate dependentă** este un pattern de comportament submisiv și de aderență în legătură cu necesitatea excesivă de a fi protejat de cineva.

**Tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă** este un pattern de preocupare de ordine, perfecționism și control.

**Tulburarea de personalitate fără altă specificație** este o categorie prevăzută pentru două situații: 1) patternul de personalitate al individului satisface criteriile generale pentru o tulburare de personalitate, dar sunt prezente trăsături ale mai multor tulburări de personalitate, însă nu sunt satisfăcute criteriile pentru nici o tulburare de personalitate specifică; 2) patternul de personalitate al individului satisface criteriile generale pentru o tulburare de personalitate, dar individul este considerat a avea o tulburare de personalitate care nu este inclusă în clasificare (de ex., tulburarea de personalitate pasiv-agresivă).

Tulburările de personalitate sunt împărțite în trei grupe pe baza similitudinilor descriptive. Grupa A include tulburările de personalitate paranoidă, schizoidă și schizotipală. Indivizii cu aceste tulburări apar adesea ca bizari sau excentrici. Grupa B include tulburările de personalitate antisocială, borderline, histrionică și narcisistică. Indivizii cu aceste tulburări apar adesea ca teatrali, emoționali ori

## Elemente și tulburări asociate

Indivizii cu tulburare de personalitate dependentă se caracterizează adesea prin pesimism și neîncredere în sine și tind să-și diminue capacitățile și calitățile, și se pot autodescrie ca „stupizi". Ei consideră critica și dezaprobarea ca probe ale lipsei lor de valoare și își pierd încrederea în ei. Pot căuta superprotecție și dominare din partea altora. Funcționarea profesională poate fi deteriorată, dacă este necesară o inițiativă independentă. Ei pot evita posturi de răspundere și pot deveni anxioși când sunt confruntați cu luarea unor decizii. Relațiile sociale tind a fi reduse la cei câțiva oameni de care individul este dependent. Poate exista un risc crescut de tulburări afective, anxioase și adaptare. Tulburarea de personalitate dependentă apare adesea concomitent cu alte tulburări de personalitate, în special cu tulburările de personalitate borderline, evitantă și histrionică. Maladiile somatice cronice ori anxietatea de separare în copilărie sau adolescență pot predispune individul la dezvoltarea acestei tulburări.

## Elemente specifice culturii, etății și sexului

Gradul până la care comportamentele de dependență sunt considerate adecvate variază substanțial în raport cu etatea și cu grupul sociocultural. Etatea și factorii culturali trebuie să fie luați în considerație în evaluarea pragului diagnostic al fiecărui criteriu. Comportamentul de dependență trebuie să fie considerat caracteristic tulburării, numai când este net în exces față de normele culturale ale individului sau reflectă preocupări puțin realiste.Un accent pus pe pasivitate, politețe și tratament deferent este caracteristic unor societăți, și poate fi interpretat în mod eronat ca trăsătură de personalitate dependentă. La fel, societățile pot, în mod diferențiat, favoriza și descuraja comportamentul de dependență la bărbați și femei. Acest diagnostic trebuie să fie utilizat cu mare precauție, dacă nu chiar deloc, la copii și adolescenți, pentru care comportamentul de dependență poate fi corespunzător dezvoltării. În condiții clinice, această tulburare a fost diagnosticată mai frecvent la femei, deși unele studii au raportat procente de prevalență similare printre bărbați și femei.

## Prevalență

Tulburarea de personalitate dependentă se află printre cele mai frecvent raportate tulburări de personalitate întâlnite în clinicile de sănătate mentală.

## Diagnostic diferențial

Tulburarea de personalitate dependentă trebuie distinsă de dependența care apare ca o consecință a tulburărilor de pe axa I (de ex., **tulburările afective, panica și agorafobia**) și ca rezultat al **condițiilor medicale generale**. Tulburarea de personalitate dependentă are un debut precoce, evoluție cronică și un pattern de comportament care nu survine exclusiv în cursul unei tulburări de pe axa I sau III.

Alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate dependentă, deoarece au în comun cu aceasta anumite elemente. De aceea, este important să se facă distincție între aceste tulburări pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă însă, un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate, pe lângă tulburarea de personalitate dependentă, pot fi diagnosticate și acestea. Deși multe

tulburări de personalitate se caracterizează prin elemente de dependență, tulburarea de personalitate dependentă poate fi distinsă prin comportamentul său predominant submisiv, reactiv și aderent. Atât tulburarea de personalitate dependentă cât și **tulburarea de personalitate borderline** se caracterizează prin frica de abandonare; individul cu tulburare de personalitate borderline reacționează însă la abandon cu sentimente de vid emoțional, furie și revendicativitate, pe când individul cu tulburare de personalitate dependentă reacționează prin concesivitate și submisivitate crescută, și caută urgent o relație substitutivă care să-i ofere tutelare și suport. Tulburarea de personalitate borderline poate fi distinsă, apoi, de tulburarea de personalitate dependentă prin patternul tipic de relații intense și instabile. Indivizii cu **tulburare de personalitate histrionică**, la fel ca și cei cu tulburare de personalitate dependentă, au o necesitate intensă de reasigurare și aprobare și pot apare ca fiind puerili și adezivi. Însă, contrar tulburării de personalitate dependente, care este caracterizată prin modestie și comportament docil, tulburarea de personalitate histrionică este caracterizată prin înflăcărare sociabila cu cereri energice de atenție. Atât tulburarea de personalitate dependentă cât și **tulburarea de personalitate evitantă** se caracterizează prin sentimente de inadecvare, hipersensibilitate la critică și necesitatea de reasigurare; indivizii cu tulburare de personalitate evitantă au însă o frică intensă de umilire și de rejecție, care nu dispare atât timp cât ei nu sunt siguri că vor fi acceptați. Din contra, indivizii cu tulburare de personalitate dependentă au un pattern de căutare și de menținere a legăturilor cu alții importanți, mai curând decât evitare și retragere din relații.

Tulburarea de personalitate dependentă trebuie să fie distinsă de **modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale**, în care trăsăturile apar din cauza efectelor directe ale unei condiții medicale generale asupra sistemului nervos central. De asemenea, ea trebuie distinsă de **simptomele care apar în asociere cu uzul cronic al unei substanțe** (de ex., tulburarea în legătură cu cocaina fără altă specificație).

Mulți indivizi prezintă trăsături de personalitate dependentă, însă, numai când aceste trăsături sunt inflexibile, dezadaptative și persistente, și cauzează o deteriorare funcțională sau o detresă subiectivă semnificativă constituie tulburare de personalitate dependentă.

### Criteriile de diagnostic pentru 301.6 Tulburarea de Personalitate Dependentă

O necesitate excesivă și pervasivă de a fi tutelat, care duce la un comportament submisiv și adeziv și la frica de separare, și care începe precoce în perioada adultă și este prezent întro varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) are dificultăți în a lua decizii comune fără o cantitate excesivă de consilii și reasigurări din partea altora;
(2) necesită ca alții să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieții lui;
(3) are dificultăți în a-și exprima dezacordul față de alții din cauza fricii de a nu pierde suportul sau aprobarea. **Notă:** Nu implică frica reală de retribuție;
(4) are dificultăți în a iniția proiecte ori a face ceva singur (din cauza lipsei de încredere în judecata sau capacitățile sale, mai curând decât din cauza lipsei de motivație sau de energie);
(5) merge foarte departe spre a obține solicitudine și suport de la alții, până la punctul de a se oferi voluntar să facă lucruri care sunt neplăcute;
(6) se simte incomodat sau lipsit de ajutor când rămâne singur din cauza fricii exagerate de a nu fi în stare să aibă grijă de sine;
(7) caută urgent altă relație drept sursă de solicitudine și suport când o relație strânsă se termină;
(8) este exagerat de preocupat de frica de a nu fi lăsat să aibă grijă de sine.

## 301.4 Tulburarea de Personalitate Obsesivo-Compulsivă

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tulburării de personalitate obsesivo-compulsive îl constituie preocuparea pentru ordine, perfecționism, control mental și interpersonal, în detrimentul flexibilității deschiderii și eficienței. Acest pattern începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte.

Indivizii cu tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă încearcă să mențină un sentiment de control printr-o atenție perseverentă pentru reguli, detalii banale, procedee, liste, planuri ori formă, mergând până acolo încât obiectivul major al activității este pierdut (criteriul 1). Ei sunt excesiv de atenți și înclinați spre repetiție, acordă o atenție extraordinară detaliului și verificării repetate în căutarea unor posibile erori. Uită de faptul că alți oameni tind a se enerva pentru întârzierile și inconvenientele care rezultă din acest comportament. De exemplu, când astfel de indivizi rătăcesc o listă cu lucrurile pe care le au de făcut, cheltuie o cantitate extrem de mare de timp căutând lista, mai curând să piardă câteva minute pentru a o recrea din memorie și să treacă apoi la îndeplinirea sarcinilor. Timpul este rău alocat, cele mai importante sarcini fiind lăsate pentru ultimul moment. Perfecționismul și standardele înalte de eficiență autoimpuse cauzează disfuncție și

o detresă semnificativă la acești indivizi. Ei pot deveni atât de implicați în executarea absolut perfectă a fiecărui detaliu al unui proiect, că proiectul nu este terminat niciodată (criteriul 2). De exemplu, finalizarea unui raport scris este întârziată de numeroasele rescrieri consumatoare de timp care, toate, atrag atenția asupra deficienței „perfecțiunii". Termenele nu sunt respectate, iar aspectele vieții individului care nu se află în centrul actual al activității pot cădea în dezordine.

Indivizii cu tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă manifestă un devotament excesiv față de muncă și productivitate mergând până la excluderea activităților recreative și a amiciților (criteriul 3). Acest comportament nu este justificat de necesități economice. Ei simt adesea că nu au timp să-și ia o seară sau o zi liberă spre a face o plimbare ori numai pentru a se relaxa. Pot amâna o activitate distractivă, cum ar fi un concediu, în așa fel că aceasta nu survine niciodată. Când își fac timp pentru activități recreative sau concedii, se simt incomodați dacă nu-și iau cu ei ceva de lucru ca să nu-și „piardă timpul". Poate exista o mare preocupare pentru activități domestice (de ex., curățenie repetată excesivă, în așa fel că „se poate mânca pe jos"). Dacă își petrec un timp cu amicii, aceasta are loc probabil în cursul unei activități organizate convențional (de ex., sportul). Hobbiurile sau activitățile recreative sunt abordate ca sarcini serioase necesitând o organizare atentă și multă muncă pentru a le putea controla. Accentul este pus pe execuția perfectă. Acești indivizi transformă un joc într-o sarcină structurată (de ex., corectează un copil mic pentru că nu a pus inelele pe bară în ordinea corectă; spune unui copil mic cu mers titubant să-și conducă tricicleta în linie dreaptă; transformă un joc de baschet într-o „lecție" dură).

Indivizii cu tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă pot fi excesiv de conștiincioși, scrupuloși și inflexibili în materie de moralitate, etică sau valori (criteriul 4). Se pot forța pe ei înșiși și pe alții să urmeze principii morale rigide și standarde de conduită foarte stricte. Pot fi implacabil de autocritici în legătură cu propriile lor erori. Indivizii cu această tulburare sunt rigid de respectuoși față de autorități și reguli, și insistă asupra unei supuneri relativ ad literam, cu nici o regulă încălcată de circumstanțe atenuante. De exemplu, individul nu va împrumuta o fisă unui amic pentru a da un telefon, deoarece „nici nu ia și nici nu dă cu împrumut" ori pentru că aceasta ar fi ceva „rău" pentru caracterul persoanei. Aceste particularități nu trebuie să fie explicate prin identificarea culturală sau religioasă a individului.

Indivizii cu această tulburare pot fi incapabili să se debaraseze de obiecte uzate sau lipsite de valoare, chiar dacă acestea nu au nici o valoare sentimentală (criteriul 5). Adesea, acești indivizi admit că sunt „un container de șobolani". Ei consideră aruncarea obiectelor ca risipă, deoarece „nu știi niciodată când îți poate trebui ceva" și se supără dacă cineva încearcă să le arunce lucrurile pe care ei le-au salvat. Soțiile (soții) sau cei cu care dorm în cameră se pot plânge de cantitatea de spațiu ocupată de obiecte vechi, reviste, ustensile rupte, și așa mai departe.

Indivizii cu tulburare obsesivo-compulsivă sunt reticenți în a delega sarcini ori în a lucra cu alții (criteriul 6). Insistă cu obstinație și în mod exagerat, ca orice lucru să fie făcut în maniera lor și ca ceilalți să se conformeze modului lor de a face lucrurile. Adesea dau instrucțiuni foarte detaliate despre cum trebuie făcute lucrurile (de ex., există un mod și numai unul de a tunde gazonul, de a spăla vesela, de a construi un coteț pentru câine) și sunt surprinși și iritați dacă alții sugerează alternative creatoare. Alteori, pot refuza ofertele de ajutor chiar când sunt în întârziere cu planul, deoarece ei cred că nimeni altcineva nu-l poate face corect.

Indivizii cu această tulburare pot fi avari și meschini, și mențin un standard de viață cu mult sub ceea ce își pot permite, considerând că cheltuielile trebuie controlate strict spre a face față eventualelor catastrofe (criteriul 7). Indivizii cu tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă se caracterizează prin rigiditate și obstinație (criteriul 8). Ei sunt atât de preocupați ca lucrurile să fie făcute în singurul mod „corect", că sunt deranjați de faptul că trebuie să fie de acord cu ideile altcuiva. Acești indivizi își fac planul dinainte, în cele mai mici detalii, și refuză să ia în considerație orice fel de modificări. Preocupați total de propriul lor mod de a vedea lucrurile, ei au dificultăți în a lua în considerație punctele de vedere ale altora. Amicii și colegii pot fi frustrați de această rigiditate constantă. Chiar când indivizii cu tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă recunosc că poate fi în interesul lor să facă un compromis, ei pot refuza cu obstinație s-o facă, argumentând că acesta este „principiul lucrului".

## Elemente și tulburări asociate

Când regulile și procedeele stabilite nu dictează răspunsul corect, luarea deciziei poate deveni un proces consumator de timp, adesea penibil. Indivizii cu tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă pot avea o asemenea dificultate în a decide care sarcini au prioritate sau care este cel mai bun mod de a efectua o anumită sarcină, că poate niciodată nu întreprind nimic. Au tendința de a se supăra sau mânia în situațiile în care nu sunt capabili să mențină controlul asupra mediului lor fizic sau interpersonal, însă mânia nu este exprimată de regulă direct. De exemplu, o persoană se poate supăra când serviciul într-un restaurant nu este corespunzător, dar în loc să se plângă direcției, individul se gândește cât să lase ca bacșiș. În alte ocazii, mânia poate fi exprimată printr-o indignare justificată pentru o chestiune aparent minoră. Oamenii cu această tulburare pot fi extrem de atenți la statutul lor relativ în relațiile de dominare-supunere și pot manifesta un respect excesiv față de o autoritate pe care o respectă și o rezistență excesivă față de o autoritate pe care nu o respectă.

Indivizii cu această tulburare își exprimă de regulă afecțiunea într-un mod extrem de controlat sau de stilat și pot fi deranjați în prezența altora care sunt expresivi emoțional. Relațiile lor cotidiene au un caracter formal și serios, iar ei pot fi rigizi în situații în care alții ar zâmbi și ar fi fericiți (de ex., întâmpinarea iubitei /iubitului/ la aeroport). Se abțin cu grijă să spună ceva până ce nu sunt siguri că ceea ce spun va fi perfect. Pot fi preocupați de logică și intelect, și pot fi intoleranți la comportamentul afectiv al altora. Adesea au dificultăți în exprimarea sentimentelor tandre și fac rar complimente. Indivizii cu această tulburare pot experienta dificultăți profesionale și detresă, în special când sunt confruntați cu situații noi care cer flexibilitate și compromis.

Indivizii cu tulburări anxioase, incluzând anxietatea generalizată, tulburarea obsesivo-compulsivă, fobia socială și fobiile specifice au o probabilitate crescută de a prezenta o tulburare de personalitate care satisface criteriile pentru tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă. Chiar dacă este așa, se pare că majoritatea indivizilor cu tulburare obsesivo-compulsivă nu au un pattern de comportament care să satisfacă criteriile pentru această tulburare de personalitate. Multe dintre elementele tulburării de personalitate obsesivo-compulsive se suprapun peste trăsăturile personalității de „tip A" (de ex., preocupări pentru muncă, competitivitate și a fi presat de timp), iar aceste elemente pot fi prezente la oamenii cu risc de infarct miocardic. Poate exista o asociere între tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă și tulburările afective și tulburările de comportament alimentar.

## Elemente specifice culturii și sexului

În evaluarea unui individ pentru tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă, clinicianul nu trebuie să includă acele comportamente care reflectă habitudini, cutume ori stiluri interpersonale care sunt sancționate cultural de către grupul de referință al individului. Anumite culturi pun un accent considerabil pe muncă și productivitate; comportamentele care rezultă la membrii acelor societăți nu trebuie să fie considerate ca indicii de tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă. În studii sistematice, tulburarea pare a fi diagnosticată de aproximativ două ori mai frecvent printre bărbați.

## Prevalență

Studiile care au utilizat evaluarea sistematică sugerează o prevalență a tulburării de personalitate obsesivo-compulsivă estimată la aproximativ 1% în eșantioanele comunitare și la aproximativ 3%-10% la indivizii care se pezintă la clinicile de sănătate mentală.

## Diagnostic diferențial

În disprețul similitudinii în denumire, **tulburarea obsesivo-compulsivă** este de regulă ușor de distins de tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă prin prezența de obsesii și compulsii adevărate. Un diagnostic de tulburare obsesivo-compulsivă trebuie luat în considerare în special când colecționismul este extrem (de ex., strânge grămezi de obiecte inutile care prezintă un pericol de incendiu și face dificil pentru ceilalți mersul prin casă). Când sunt satisfăcute criteriile pentru ambele tulburări, ambele diagnostice trebuie înregistrate.

Alte tulburări de personalitate pot fi confundate cu tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă, deoarece au anumite elemente comune. De aceea, este important să se facă distincție între aceste tulburări pe baza diferențelor dintre elementele lor caracteristice. Dacă însă, un individ are elemente de personalitate care satisfac criteriile pentru una sau mai multe tulburări de personalitate, pe lângă tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă, pot fi diagnosticate și acestea. Indivizii cu **tulburare de personalitate narcisistică** pot afirma tendința la perfecționism și cred că alții nu pot face lucrurile la fel de bine, dar este posibil ca acești indivizi să creadă că ei au atins perfecțiunea, pe când cei cu tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă sunt de regulă autocritici. Indivizii cu **tulburare de personalitate antisocială** sau narcisistică sunt lipsiți de generozitate dar indulgenți cu ei înșiși, pe când cei cu tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă adoptă un stil de a cheltui avar, atât față de ei înșiși, cât și față de alții. Atât **tulburarea de personalitate schizoidă**, cât și tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă se caracterizează prin formalism evident și detașare socială. În tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă, acestea provin din disconfortul cu emoțiile și devotamentul excesiv față de muncă, pe când în tulburarea de personalitate schizoidă există o lipsă fundamentală a capacității de intimitate.

Tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă trebuie distinsă de **modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale**, în care trăsăturile apar datorită efectelor directe ale unei condiții medicale generale asupra sistemului nervos central. Ea trebuie distinsă, de asemenea, de **simptomele care apar în legătură cu uzul cronic al unei substanțe** (de ex., tulburarea în legătură cu cocaina fără altă specificație).

Trăsăturile de personalitate obsesivo-compulsivă moderate pot fi extrem de adaptative, în special în situațiile care recompensează eficiența crescută. Numai când aceste tulburări sunt inflexibile, dezadaptative, persistente și cauzează o deteriorare funcțională sau o detresă subiectivă semnificativă, ele constituie tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă.

### Criteriile de diagnostic pentru 301.4 Tulburarea de Personalitate Obsesivo-Compulsivă

Un pattern pervasiv de preocupare pentru ordine, perfecționism și control mental și interpersonal în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puțin patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri, în așa măsură că obiectivul major al activității este pierdut;
(2) prezintă perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor (de ex., este incapabil să realizeze un proiect, deoarece nu sunt satisfăcute standardele sale extrem de stricte);
(3) este excesiv de devotat muncii și productivității, mergând până la excluderea activităților recreative și a amiciților (nejustificată de o necesitate economică evidentă);
(4) este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în probleme de moralitate, etică sau valori (fapt nejustificat prin identificare culturală sau religioasă);
(5) este incapabil să se debaraseze de obiecte uzate sau inutile, chiar când acestea nu au nici o valoare sentimentală;
(6) refuză să delege sarcini sau să lucreze cu alții în afară de cazul când aceștia se supun exact modului lui de a face lucrurile;
(7) adoptă un stil avar de a cheltui, atât față de sine cât și față de alții, banii fiind văzuți ca ceva ce trebuie strâns pentru eventuale catastrofe;
(8) prezintă rigiditate și obstinație.

## 301.4 Tulburare de Personalitate Fără Altă Specificație

Această categorie este rezervată tulburărilor de funcționare a personalității care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare de personalitate specifică. Un exemplu în acest sens îl constituie prezența de elemente aparținând mai mult decât unei singure tulburări de personalitate specifice, dar care nu satisfac complet criteriile pentru nici o tulburare de personalitate („personalitate mixtă") însă împreună crează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în unul sau mai multe domenii de funcționare importante (de ex., social sau profesional). Această categorie poate fi utilizată, de asemenea, când clinicianul consideră că o tulburare de personalitate specifică neinclusă în clasificare, este adecvată. Exemplele includ tulburarea de personalitate depresivă și tulburarea de personalitate pasiv-agresivă (vezi pag. 789 și, respectiv, pag. 791, pentru criteriile de cercetare sugerate).

# Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice

Această secțiune cuprinde alte condiții sau probleme care se pot afla în centrul atenției clinice. Acestea sunt în legătură cu tulburările mentale descrise anterior în acest manual într-unul din următoarele moduri: 1) problema este centrul diagnosticului sau trartamentului, iar individul nu are nici o tulburare mentală (de ex., o problemă de relație cu partenerul, în care nici partenerul nu are simptome care să satisfacă criteriile pentru o tulburare mentală, caz în care este codificată numai problema de relație cu partenerul); 2) individul are o tulburare mentală, dar aceasta nu are nici o legătură cu problema (de ex., o problemă de relație cu partenerul, în care unul dintre parteneri are o fobie specifică incidentală, caz în care sunt codificate ambele); 3) individul are o tulburare mentală care este în legătură cu problema, însă problema este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată (de ex., o problemă de relație cu partenerul suficient de severă pentru a se afla în centrul tratamentului și care este asociată cu tulburare depresivă majoră la unul dintre parteneri, caz în care pot fi codificate ambele). Condițiile și problemele din această secțiune sunt codificate pe axa I.

## Factorii Psihologici care afectează Condiția Medicală

## 316 Factorii Psihologici care afectează Condiția Medicală

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al factorilor psihologici care afectează condiția medicală îl constituie prezența unuia sau a mai mulți factori comportamentali sau psihologici specifici care afectează nefavorabil o condiție medicală generală. Există mai multe moduri diferite în care acești factori pot afecta nefavorabil condiția medicală generală. Factorii pot influența evoluția condiției medicale generale (care poate fi inferată dintr-o asociere temporală strânsă între factori și apariția sau exacerbarea ori întârzierea recuperării din condiția medicală). Factorii pot constitui un risc suplimentar pentru sănătatea individului (de ex., continuarea hiperfagiei la un individ cu diabet, gras) pot precipita sau exacerba simptomele unei condiții medicale generale prin provocarea unor răspunsuri fiziologice în legătură cu stresul (de ex., provocarea de durere precordială la indivizii cu maladie coronariană, sau bronhospasm la indivizii cu astm).

Factorii comportamentali sau psihologici care influențează condițiile medicale generale includ tulburările de pe axa I, tulburările de pe axa II, simptomele psihologice sau trăsăturile de personalitate care nu satisfac criteriile complete pentru o tulburare mentală specifică, comportamentele dezadaptative pentru sănătate sau răspunsurile fiziologice la stresorii ambientali sau sociali.

Factorii psihologici sau comportamentali joacă un rol potențial în prezentarea sau tratamentul aproape al fiecărei condiții medicale generale. Această categorie trebuie rezervată acelor situații în care factorii psihologici au un efect semnificativ clinic asupra evoluției și deznodământului condiției medicale generale sau expun individul unui risc semnificativ crescut de deznodământ nefavorabil. Trebuie să existe probe judicioase pentru a sugera o asociere între factorii psihologici și condiția medicală, deși adesea poate să nu fie posibil să se demonstreze cauzalitatea directă sau mecanismele subiacente relației. Factorii psihologici și comportamentali pot afecta evoluția aproape a fiecărei categorii majore de maladie, inclusiv a condițiilor cardiovasculare, dermatologice, endocrine, gastrointestinale, neoplazice, neurologice, pulmonare, renale și reumatologice.

Diagnosticul de factori psihologici care afectează condiția medicală este codificat pe axa I, iar condiția medicală generală acompaniantă este codificată pe axa III. (Vezi anexa G pentru lista codurilor condițiilor medicale generale). Pentru a oferi o specificitate mai mare tipului de factor psihologic, numele este ales din lista de mai jos. Când mai mult decât un singur tip de factor este prezent, trebuie specificat cel mai proeminent.

**Tulburare mentală care afectează** ...*[Se indică condiția medicală generală].* O tulburare specifică de pe axa I sau de pe axa II afectează semnificativ evoluția sau tratamentul unei condiții medicale generale (de ex., tulburarea depresivă majoră afectează nefavorabil prognosticul infarctului de miocard, al insuficienței renale sau hemodializei; schizofrenia complică tratamentul diabetului zaharat). Pe lângă codificarea acestei condiții pe axa I, tulburarea mentală specifică este codificată, de asemenea, pe axa I sau pe axa II.

**Simptome psihologice care afectează** ...*[ Se indică condiția medicală generală].* Simptomele care nu satisfac criteriile complete pentru o tulburare de pe axa I care afectează în mod semnificativ evoluția sau tratamentul unei condiții medicale generale (de ex., simptome anxioase sau depresive care afectează evoluția și severitatea unui sindrom de colon iritabil sau a unui ulcer peptic ori complică recuperarea după o intervenție chiturgicală).

**Trăsături de personalitate sau stil de a face față care afectează** ...*[Se indică condiția medicală generală].* O trăsătură de personalitate sau un stil de a face față dezadaptativ afectează în mod semnificativ evoluția sau tratamentul unei condiții medicale generale. Trăsăturile de personalitate pot fi subliminale pentru o tulburare de pe axa II sau reprezintă un alt pattern care a fost demonstrat a fi un factor de risc pentru anumite maladii (de ex., „tipul A" de comportament advers, ostil, pentru maladia arterială coronariană). Trăsăturile de personalitate problematice și stilurile de a face față dezadaptative pot afecta relația de lucru cu personalul care acordă asistența medicală.

**Comportamente dezadaptative pentru sănătate care afectează**....*[Se indică condiția medicală generală].* Comportamentele dezadaptative pentru sănătate (de

ex., stilul de viață sedentară, practicile sexuale periculoase, hiperfagia, uzul excesiv de alcool și de drog) afectează în mod semnificativ evoluția sau tratamentul unei condiții medicale generale. Dacă comportamentele dezadaptative sunt explicate mai bine de o tulburare de pe axa I (de ex., hiperfagia ca parte a bulimiei nervoase, uzul de alcool ca parte a dependenței alcoolice) trebuie să fie utilizată denumirea de „tulburare mentală care afectează condiția medicală".

**Răspunsul fiziologic în legătură cu stresul care afectează** ***...[Se indică condiția medicală generală.*** Răspunsurile fiziologice în legătură cu stresul afectează în mod semnificativ evoluția sau tratamentul unei condiții medicale generale ( de ex., precipită durerea precordială sau aritmia la un pacient cu maladia arterelor coronare).

**Alți factori sau factori nespecificați care afectează** ***...[Se indică condiția medicală generală].*** Un factor neinclus în subtipurile specificate mai sus sau un factor comportamental sau psihologic nespecificat care afectează în mod semnificativ evoluția sau tratamentul unei condiții medicale generale.

## Diagnostic diferențial

O asociere temporală între simptomele unei tulburări mentale și o condiție medicală generală este, de asemenea, caracteristică unei **tulburări mentale datorate unei condiții medicale generale**, dar cauzalitatea presupusă este în direcția opusă. Într-o tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale, condiția medicală generală este considerată a fi cauza tulburării mentale printr-un mecanism fiziologic direct. În factorii psihologici care afectează condiția medicală, factorii psihologici sau comportamentali sunt considerați a afecta evoluția condiției medicale generale.

**Tulburările uzului de o substanță** (de ex., dependența de alcool, dependența de nicotină) afectează nefavorabil prognosticul multor condiții medicale generale. Dacă un individ are o tulburare coexistentă datorată uzului unei substanțe care afectează nefavorabil sau cauzează o condiție medicală generală, poate fi codificată pe axa I tulburarea mentală afectând condiția medicală generală pe lângă tulburarea datorată uzului unei substanțe. Pentru patternurile uzului de o substanță care afectează o condiție medicală generală, dar care nu satisfac criteriile pentru o tulburare a uzului de o substanță, pot fi specificate comportamentele dezadaptative pentru sănătate care afecteaza condiția medicală.

Tulburările somatoforme sunt caracterizate prin prezența atât a factorilor psihologici, cât și a simptomelor somatice, dar nu există nici o condiție medicală generală care să poată justifica complet simptomele somatice. Din contra, în factorii psihologici care afectează condiția medicală, factorii psihologici afectează nefavorabil o condiție medicală diagnosticabilă. Factorii psihologici afectând sindromele algice nu sunt diagnosticate ca factor psihologic care afecteaza condiția medicală ci ca **tulburare algică asociată cu factori psihologici** sau ca **tulburare algică asociată atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală.**

Când noncomplianța la tratament pentru o condiție medicală generală se datorează unor factori psihologici, dar devine centrul major al atenției clinice, trebuie codificată **noncomplianța la tratament** (vezi pag. 739).

### 316... *[De specificat factorul psihologic]* care afectează ... *[Se indică condiția medicală generală]*

A. Este prezentă o condiție medicală generală (codificată pe axa III).

B. Factorii psihologici afectează nefavorabil condiția medicală generală într-unul din următoarele moduri:

(1) factorii au influențat evoluția condiției medicale generale după cum este demonstrat asocierea temporală strânsă dintre factorii psihologici și apariția sau exacerbarea ori întârzierea recuperării din condiția medicală generală;
(2) factorii interferează cu tratamentul condiției medicale generale;
(3) factorii constituie riscuri suplimentare pentru sănătatea individului;
(4) răspunsurile fiziologice în legătură cu stresul precipită sau exacerbează simptomele condiției medicale generale.

*Alege* numele pe baza naturii factorilor psihologici (dacă este prezent mai mult decât un singur factor, indică pe cel mai proeminent):

**Tulburare mentală care afectează ...*[Se indică condiția medicală generală]*** (de ex., o tulburare mentală de pe axa I cum ar fi tulburarea depresivă majoră care întârzie recuperarea dintr-un infarct de miocard),

**Simptome psihologice care afectează ...*[Se indică condiția medicală generală]*** (de ex., simptome depresive care întârzie recuperarea după o intervenție chirurgicală)

**Trăsături de personalitate sau stiluri de a face față care afectează ...*[Se indică condiția medicală generală]*** (de ex., negare patologică a necesității unei intervenții chirurgicale la un pacient cu cancer: comportament de constrângere, ostil, contribuind la o tulburare cardiovasculară),

**Comportament dezadaptativ pentru sănătate care afectează ...*[Se indică condiția medicală generală]*** (de ex., hiperfagie, lipsa de exerciții, sex neprotejat),

**Răspuns fiziologic în legătură cu stresul care afectează ... *[Se indică condiția medicală generală]*** (exacerbarea în legătură cu stresul a ulcerului, hipertensiunii, aritmiilor sau cefaleei de tensiune),

**Alți factori psihologici sau nespecificați care afectează ...*[Se indică condiția medicală generală]*** (de ex., factori interpersonali, culturali sau religioși).

## Tulburările de Mișcare induse de Medicamente

Sunt incluse tulburările de mișcare induse de medicamente care urmează din cauza importanței lor frecvente în 1) tratamentul medicamentos al tulburărilor mentale sau al condițiilor medicale generale și 2) diagnosticul diferențial al tulburărilor de pe axa I (de ex., tulburarea anxioasă versus akatisia indusă de neuroleptice, catatonia versus sindromul neuroleptic malign). Deși aceste tulburări sunt etichetate ca „induse de medicamente", adesea este dificil de stabilit relația cauzală dintre expunerea la un medicament și apariția tulburării de mișcare, în special

pentru că aceste mișcări apar, de asemenea, în absența expunerii la un medicament. Termenul de *neuroleptic* este utilizat pe scară largă în acest manual cu referire la medicamentele cu proprietăți antagoniste dopaminei. Deși acest termen este depășit deoarece el subliniază propensiunea medicamentelor antipsihotice de a cauza mișcări anormale, termenul de *neuroleptic* rămâne adecvat. Cu toate că medicamentele antipsihotice mai noi este posibil să producă mai rar tulburări de mișcare induse de neuroleptice, aceste sindrome totuși survin. Medicamentele neuroleptice includ așanumiții agenți antipsihotici tipici sau convenționali (de ex., clorpromazinul, haloperidolul, flufenazina), agenții antipsihotici „atipici" mai noi (de ex., clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina), anumite medicamente blocante ale receptorilor dopaminei utilizate în tratamentul unor simptome cum ar fi greața și gastropareza (de ex., proclorperazina, prometazina, trimetobenzamida, trietilperazina și metoclopramida) și amoxapina, care este comercializat ca antidepresiv. Tulburările de mișcare induse de neuroleptice trebuie să fie codificate pe axa I.

## 332.1 Parkinsonismul indus de Neuroleptice

Tremor parkinsonian, rigiditate musculară sau akinezie apărând în decurs de câteva săptămâni de la începerea tratamentului sau creșterea dozei unui medicament neuroleptic (sau după reducerea unui medicament utilizat în tratamentul simptomelor extrapiramidale). (Vezi pag. 795 pentru criteriile de cercetare sugerate).

## 333. 92 Sindromul Neuroleptic Malign

Rigiditate musculară severă, creșterea temperaturii și alte date asemănătoare (de ex., transpirație, disfagie, incontinență, modificări ale nivelului de conștiență mergând de la confuzie la comă, mutism, presiune sanguină crescută sau labilă, creatinfosfokinază [CPK] crescută apărând în asociere cu uzul unui medicament neuroleptic. (Vezi pag. 798 pentru criteriile de cercetare sugerate.)

## 333.7 Distonia Acută indusă de Neuroleptice

Poziție anormmală sau spasm al mușchilor capului, gâtului, membrelor sau trunchiului apărând în decurs de câteva zile de la începerea tratamentului sau creșterea dozei unui medicament neuroleptic (sau după reducerea unui medicament utilizat în tratamentul simptomelor extrapiramidale). (Vezi pag. 800 pentru criteriile de cercetare sugerate.)

## 333.99 Akatisia Acută indusă de Neuroleptice

Acuze subiective de neliniște acompaniate de mișcări observabile (de ex., mișcări nervoase ale membrelor, balansatul de pe un picior pe altul, mersul de acolo până colo, incapacitatea de a sta așezat sau în picioare) apărând în decurs de câteva săptămâni de la începerea tratamentului sau de la creșterea dozei unui medicament neuroleptic (sau după reducerea unui medicament utilizat în tratamentul simptomelor extrapiramidale). (Vezi pag. 802 pentru criteriile de cercetare sugerate).

### 333.82 Dikinezia Tardivă indusă de Neuroleptice

Mișcări involuntare coreiforme, atetoide sau ritmice (durând cel puțin câteva săptămâni) ale limbii, mandibulei sau extremităților apărând în asociere cu uzul unui medicament neuroleptic timp de cel puțin câteva luni (la persoanele mai în etate perioada de timp poate fi mai scurtă). (Vezi pag. 805 pentru criteriile de cercetare sugerate).

### 333.1 Tremorul Postural indus de Neuroleptice

Tremor fin survenind în cursul încercărilor de a menține o postură și care apar în asociere cu uzul unui medicament (de ex., litiu, antidepresive, valproat). (Vezi pag. 807 pentru criteriile de cercetare sugerate).

### 333.90 Tulburare de Mișcare indusă de Neuroleptice Fără Altă Specificație

Această categorie este rezervată tulburărilor de mișcare induse de neuroleptice neclasificabile în nici una dintre tulburările specifice listate mai sus. Exemplele includ 1) parkinsonismul, akatisia acută, distonia acută sau mișcarea diskinetică, asocite cu un medicament, altul decât un neuroleptic; 2) un tablou clinic care amintește sindromul neuroleptic malign, dar care este asociat cu un medicament, altul decât un neuroleptic sau 3) distonia tardivă.

## Altă Tulburare indusă de Medicamente

### 995. 2 Efecte Adverse ale Medicamentelor Fără Altă Specificație

Această categorie este disponibilă pentru a fi utilizata opțional de către clinician spre a codifica efectele secundare ale medicamentelor (altele decât simptomele de mișcare) când aceste efecte adverse devin centrul principal al atenției clinice. Exemplele includ hipotensiunea severă, aritmiile cardiace și priapismul.

## Problemele Relaționale

Problemele relaționale includ patternuri de interacțiune între sau la membrii unei unități relaționale asociate cu deteriorare semnificativă clinic în funcționare sau simptome la unul sau la mai mulți membri ai unității relaționale, sau deteriorare în funcționarea unității relaționale însăși. Problemele relaționale care urmează sunt incluse deoarece ele sunt frecvent centrul atenției clinice la indivizii văzuți de profesioniștii în sănătate. Aceste probleme pot exacerba sau complica tratamentul unei tulburări mentale sau condiții medicale generale la unul sau la mai mulți membri ai unității relaționale, pot duce la o tulburare mentală sau la o condiție medicală generală, pot fi independente de alte condiții care sunt prezente

sau pot surveni în absența oricărei alte condiții. Când aceste probleme sunt focarul principal al atenției clinice, ele trebuie să fie listate pe axa I. Altfel, dacă sunt prezente, dar nu sunt centrul principal al atenției clinice, pot fi listate pe axa IV. Categoria relevantă este aplicabilă în general tuturor membrilor unității relaționale care sunt tratați pentru problemă.

## V61.9 Problemă Relațională în legătură cu o Tulburare Mentală sau Condiție Medicală Generală

Această categorie trebuie utilizată când centrul atenției clinice îl constituie un pattern de interacțiune deteriorată care este asociat cu o tulburare mentală sau cu o condiție medicală generală a unui membru al familiei.

## V61.20 Problemă Relațională Părinte-Copil

Această categorie trebuie să fie utilizată când centrul atenției clinice il constituie un pattern de interacțiune între părinte și copil (de ex., comunicare deteriorată, superprotecție, disciplină inadecvată) care este asociat cu o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea individului sau a familiei sau cu apariția de simptome semnificative clinic la părinte sau copil.

## V6.10 Problemă Relațională cu Partenerul

Această categorie trebuie să fie utilizată când centrul atenției clinice îl constituie un pattern de interacțiune între soți sau între parteneri, caracterizat prin comunicare negativă (de ex., critică), comunicare distorsionată (de ex., speranțe nerealiste), sau noncomunicare (de ex., izolare) care este asociat cu o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea individului sau familiei ori cu apariția de simptome la unul sau la ambii parteneri.

## V61.8 Problemă Relațională între Frați

Această categorie trebuie să fie utilizată când centru atenției clinice îl constituie un pattern de interacțiune între frați, asociat cu o deteriorare semnificativă clinic în funcționarea individului sau familiei sau cu apariția de simptome la unul sau la mai mulți frați.

## V.62.81 Problemă Relațională Fără Altă Specificație

Această categorie trebuie utilizată când centrul atenției clinice îl constituie probleme relaționale care nu sunt clasificabile în nici una dintre problemele specifice listate mai sus (de ex., dificultăți cu colaboratorii).

## Probleme în legătură cu Abuzul sau Neglijența

Această secțiune include categorii care trebuie să fie utilizate când centrul atenției clinice îl constituie răul tratament sever al unui individ de către un altul prin abuz fizic, abuz sexual sau neglijarea copilului. Aceste probleme sunt incluse deoarece sunt frecvent centrul atenției clinice la indivizii văzuți de profesioniștii în sănătate. Codurile V corespunzătoare se aplică dacă centrul atenției îl constituie făptuitorul (perpetrator) abuzului sau neglijenței sau unitatea relațională în care funcționează. Dacă individul evaluat sau tratat este victima abuzului sau neglijenței, se codifică 995,52, 995.53 sau 995.54 pentru un copil sau 995.81 ori 995.83 pentru un adult (în funcție de tipul de abuz).

### V61.21 Abuzul Fizic al Copilului

Această categorie trebuie să fie utilizată când centrul atenției clinice îl constituie abuzul fizic sau maltratarea unui copil.

*Notă de codificare*: *De specificat* **995.54** *dacă în centrul atenției se află victima.*

### V61.21 Abuzul Sexual al Copilului

Această categorie trebuie utilizată când centrul atenției clinice îl constituie abuzul sexual al unui copil.

*Notă de codificare*: *De specificat* **995.53** *dacă în centrul atenției se află victima.*

### V61.21 Neglijarea Copilului

Această categorie trebuie utilizată când centrul atenției clinice îl constituie neglijarea copilului.

*Notă de codificare*: *De specificat* **995.52** *dacă în centrul atenției se află victima.*

### Abuzul Fizic al Adultului

Această categorie trebuie să fie utilizată când centrul atenției clinice îl constituie abuzul fizic al adultului (de ex., baterea soției, maltratarea unui părinte în etate).

*Notă de codificare: Codifică*

- **V61.12** *dacă centrul atenției clinice îl constituie perpetratorul și abuzul este comis* față de partener
- **V62.83** *dacă focarul atenției îl constituie perpetratorul, iar abuzul este comis față* de altă persoană decât partenerul
- **995.81** *dacă centrul atenției îl constituie victima*

### Abuzul Sexual al Adultului

Această categorie trebuie utilizată când centrul atenției clinice îl constituie abuzul sexual al unui adult (de ex., coerciție sexuală, viol).

*Notă de codificare: Codifică*

V61.12 *dacă centrul atenției clinice îl constituie făptuitorul (perpetrator), iar abuzul este comis față de partener*
V62.83 *dacă centrul atenției îl constituie făptuitorul (perpetrator), iar abuzul este comis față* de altă persoană decât partenerul
995.82 *dacă centrul atenției îl constituie victima*

# Condiții Suplimentare care se pot afla în Centrul Atenției Clinice

## V15.81 Noncomplianța la Tratament

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției îl constituie noncomplianța la un aspect important al tratamentului pentru o tulburare mentală sau o condiție medicală generală. Motivul noncomplianței poate fi disconfortul datorat tratamentului (de ex., efectele secundare ale medicației), tratamentul prea scump, deciziile bazate pe judecăți de valoare personală sau religioasă ori convingerile culturale referitoare la avantajele și dezavantajele tratamentului propus, trăsăturile de personalitate sau stilurile de a face față dezadaptative (de ex., negarea maladiei) sau prezența unei tulburări mentale (de ex., schizofrenia, tulburarea de personalitate evitantă). Această categorie trebuie să fie utilizată numai când problema este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată.

## V65.2 Simularea

Elementul esențial al simulării îl constituie producerea intenționată de simptome somatice sau psihice exagerate grosier, motivată de incitații externe cum ar fi evitarea serviciului militar, evitarea angajării în muncă, obținerea de compensații financiare, evitarea urmăririi penale sau obținerea de droguri. În anumite circumstanțe, simularea poate reprezenta un comportament adaptativ - de exemplu, simularea unei maladii în timp ce este prizonier în timp de război.

Simularea trebuie să fie ferm suspectată dacă este notată oricare combinație a următoarelor:

1. context medico-legal al tabloului clinic (de ex., persoana este trimisă de procuror la clinician pentru examinare),
2. discrepanță marcată între stresul sau incapacitatea acuzată de persoană și datele obiective,
3. lipsa de cooperare în cursul evaluării diagnostice și în supunerea la regimul de tratament prescris,
4. prezența tulburării de personalitate antisociale

Simularea diferă de tulburarea factice prin aceea că motivația pentru producerea de simptome în simulare o constituie o incitație externă, pe când în tulburarea factice incitațiile externe sunt absente. Proba unei necesități intrapsihice de a menține rolul de pacient sugerează tulburarea factice. Simularea se diferențiază de tulburarea de conversie și de tulburările somatoforme prin producerea intenționată

de simptome și prin incitațiile externe evidente, asociate cu ea. În simulare (în contrast cu tulburarea de conversie) ușurarea simptomelor nu este obținută adesea prin sugestie sau hipnoză.

## V71.01 Comportamentul Antisocial al Adultului

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției clinice îl constituie comportamentul antisocial al adultului care nu este datorat unei tulburări mentale (de ex., tulburare de conduită, tulburare de personalitate antisocială sau o tulburare a controlului impulsului). Exemplele includ comportamentul unor hoți, escroci sau vânzători de substanțe ilegale profesioniști.

## V71.02 Comportamentul Antisocial al Copilului sau Adolescentului

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției clinice îl constituie comportamentul antisocial al copilului sau adolescentului, care nu se datorează unei tulburări mentale (de ex., tulburarea de conduită sau o tulburare a controlului impulsului). Exemplele includ actele antisociale izolate ale copiilor sau adolescenților (nu un pattern de comportament antisocial).

## V62.89 Funcționarea Intelectuală Liminară (Borderline)

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției atenției clinice este asociat cu funcționarea intelectuală liminară, adică, cu un QI de 71-84. Diagnosticul diferențial dintre funcționarea intelectuală liminară și retardarea mentală (un QI de 70 sau sub) este extrem de dificil când este implicată coexistența anumitor tulburări mentale (de ex., schizofrenia).

*Notă de codificare: Aceasta se codifică pe axa II*

## 780.9 Declinul Cognitiv în legătură cu Etatea

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției îl constituie un declin identificat obiectiv în funcționarea cognitivă, consecutiv procesului de îmbătrânire care este în limite normale, dată fiind etatea persoanei. Indivizii cu această condiție pot relata că au probleme cu evocarea numelor sau întâlnirilor sau pot experienta dificultăți în rezolvarea problemelor complexe.

Această categorie trebuie luată în considerație numai după ce a fost stabilit că deteriorarea cognitivă nu este atribuibilă unei tulburări mentale specifice sau unei condiții neurologice.

## V62.82 Doliul

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției clinice îl constituie o reacție la moartea unei persoane iubite. Ca parte a reacției lor la pierdere, unii indivizi îndurerați se prezintă cu simptome caracteristice unui episod depresiv major (de ex., sentimente de tristețe și simptome asociate, cum ar fi insomnia,

apetitul scăzut și pierderea în greutate). Individul îndoliat consideră dispoziția sa tristă ca „normală"deși poate solicita ajutor specializat pentru ușurarea simptomelor asociate, cum ar fi insomnia sau anorexia. Durata și expresia doliului „normal" variază considerabil la diferitele grupuri culturale. Diagnosticul de tulburare depresivă majoră nu se pune în general dacă simptomele nu sunt prezente încă două luni după pierdere. Prezența anumitor simptome care nu sunt caracteristice unei reacții „normale" de doliu poate fi utilă în diferențierea doliului de episodul depresiv major. Acestea includ 1) culpa în legătură cu alte lucruri decât acțiunile efectuate sau neefectuate de supraviețuitor la data morții; 2) gânduri de moarte, altul decât sentimentul supraviețuitorului că ar fi fost mai bine dacă murea sau că trebuia să moară odată cu persoana decedată; 3) preocuparea morbidă referitoare la inutilitate; 4) lentoare psihomotorie marcată; 5) deteriorare funcțională marcată și prelungită; 6) experiențe halucinatorii, altele decât convingerea că aude vocea sau vede în mod tranzitor imaginea persoanei decedate.

## V62.3 Problemă Școlară

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției clinice îl constituie o problemă școlară care nu se datorează unei tulburări mentale, sau dacă se datorează unei tulburări mentale, este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată . Un exemplu este patternul de repetenție sau de rezultate școlare semnificativ sub posibilități la o persoană cu capacitate intelectuală adecvată în absența unei tulburări de învățare sau de comunicare sau a oricărei alte tulburări mentale care ar putea justifica problema.

## V62.2 Problemă Profesională

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției clinice îl constituie o problemă profesională care nu se datorează unei tulburări mentale, sau dacă se datorează unei tulburări mentale, este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separata. Exemplele includ insatisfacția profesională și incertitudinea în legătură cu alegerea carierei.

## 313.82 Problemă de Identitate

Această categorie poate fi utilizată câns centrul atenției clinice îl constituie incertitudinea în legătură cu multiplele aspecte referitoare la identitate, cum ar fi scopurile pe termen lung, alegerea carierei, patternurile de amiciție, comportamentul și orientarea sexuală, valorile morale și obligațiile față de grup.

## V62.89 Problemă Religioasă sau Spirituală

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției clinice îl constituie o problemă religioasă sau spirituală. Exemplele includ experiențele detresante care implică pierderea sau punerea sub semnul întrebării a credinței, problemele asociate cu convertirea la o nouă credință sau punerea sub semnul întrebării a valorilor spirituale care pot să nu fie în legătură cu o biserică sau instituție religioasă organizată.

## V62.4 Problemă de Aculturație

Această categorie poate fi utilizată când centrul atenției clinice îl constituie o problemă implicând adaptarea la o cultură diferită (de ex., urmând imigrării).

## V62.89 Problemă de Fază de Viață

Aceasdtă categorie poate fi utilizată când centrul atenției clinice îl constituie o problemă asociată cu o anumită fază de dezvoltare sau cu alte circumstanțe de viață și care nu se datorează unei tulburări mentale, sau dacă se datorează unei tulburări mentale, este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată. Exemplele includ problemele asociate cu intrarea la școală, ieșirea de sub controlul parental, începerea unei cariere noi și schimbările pe care le implică, mariajul, divorțul și pensionarea.

# Codurile Adiționale

## 300.9 Tulburare Mentală Nespecificată (nonpsihotică)

Există diverse circumstanțe în care poate fi adecvat să se consemneze acest cod; 1) pentru o tulburare mentală specifică neinclusă în clasificarea DSM-IV, 2) când nici una dintre categoriile fără altă specificație disponibile nu este adecvată, sau 3) când se consideră că o tulburare mentală nonpsihotică este prezentă, dar nu sunt disponibile suficiente informații pentru a diagnostica una dintre categoriile prevăzute în clasificare. În unele cazuri, diagnosticul poate fi schimbat cu cel al unei tulburări mai specifice, după ce sunt obținute mai multe informații.

## V71.09 Nici un Diagnostic sau Condiție pe Axa I

Când pe axa I nu este prezent nici un diagnostic sau condiție, aceasta trebuie indicat. Poate sau nu să existe un diagnostic pe axa II.

## 799.9 Diagnostic sau Condiție amânată pe Axa I

Când există insuficiente informații pentru a face orice raționament diagnostic despre un diagnostic sau condiție de pe axa I, aceasta trebuie notat ca diagnostic sau condiție amânată pe axa I.

## V71.09 Nici un Diagnostic pe Axa II

Când nici un diagnostic (de ex., nici o tulburare de personalitate) nu este prezent pe axa II, aceasta trebuie indicat. Poate sau nu exista un diagnostic sau condiție pe axa I.

## 799.9 Diagnostic amânat pe Axa II

Când există informații insuficiente pentru a face orice raționament diagnostic despre un diagnostic pe axa II, aceasta trebuie notat ca diagnostic amânat pe axa II

## Anexa A

# Arborii de Decizie pentru Diagnosticul Diferențial

Scopul acestor arbori de decizie este acela de a ajuta clinicianul în înțelegerea organizării și structurii ierarhice a clasificării DSM-IV. Fiecare arbore de decizie începe cu un set de elemente clinice. Când unul dintre aceste elemente este o parte proeminentă a tabloului clinic prezentat, clinicianul poate urma seriile de întrebări pentru a include sau exclude diverse tulburări. De notat că întrebările sunt numai aproximări ale criteriilor de diagnostic și nu sunt destinate să le înlocuiască pe acestea.

Arborii de decizie ai tulburărilor psihotice este unul care conține tulburări care se exclud reciproc (adică, numai o tulburare din secțiune poate fi diagnosticată la un pacient pentru un anumit episod). Pentru alți arbori de decizie, este important a se referi la seturi de criterii individuale pentru a stabili când poate fi pus mai mult decât un singur diagnostic.

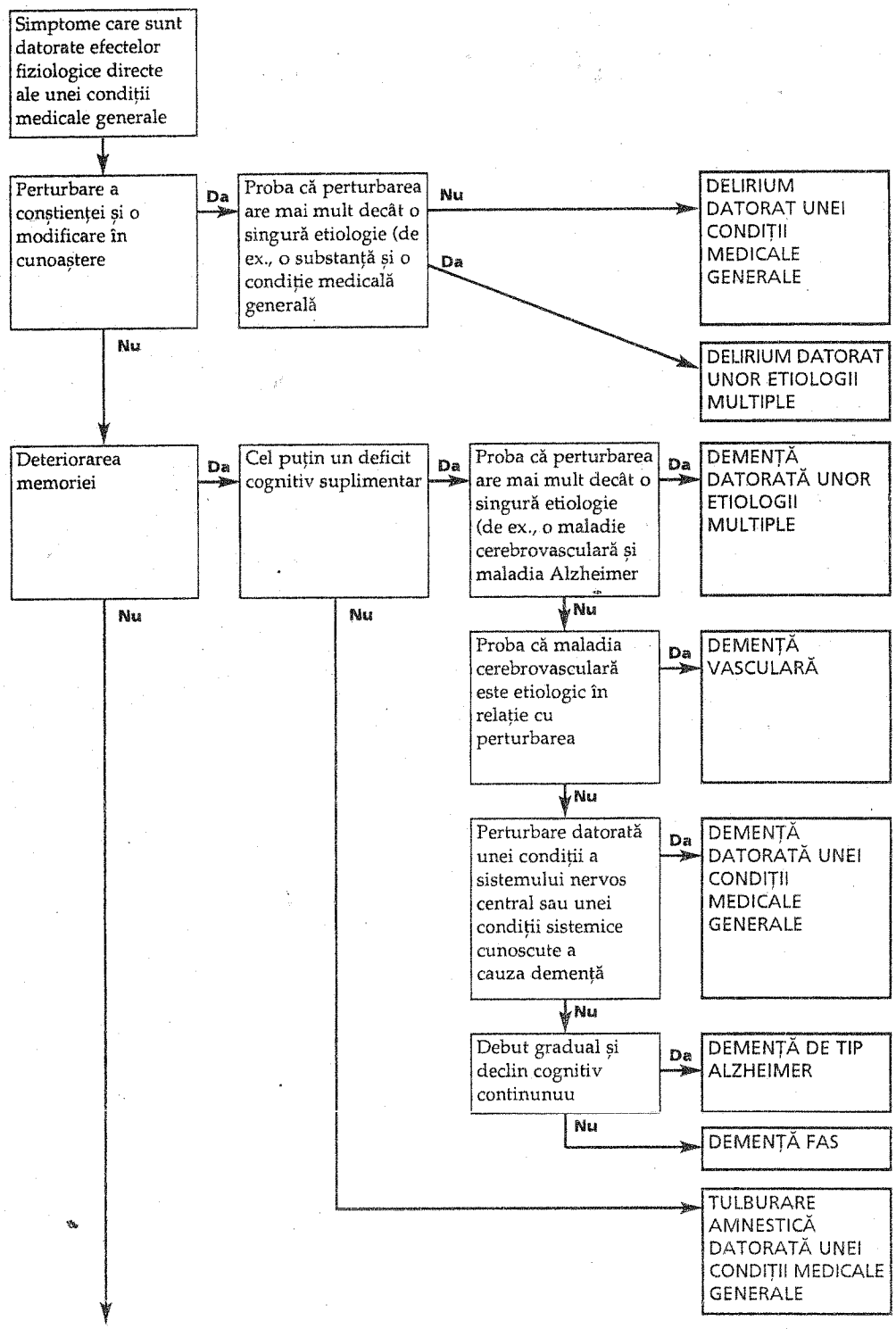
*Conține:*

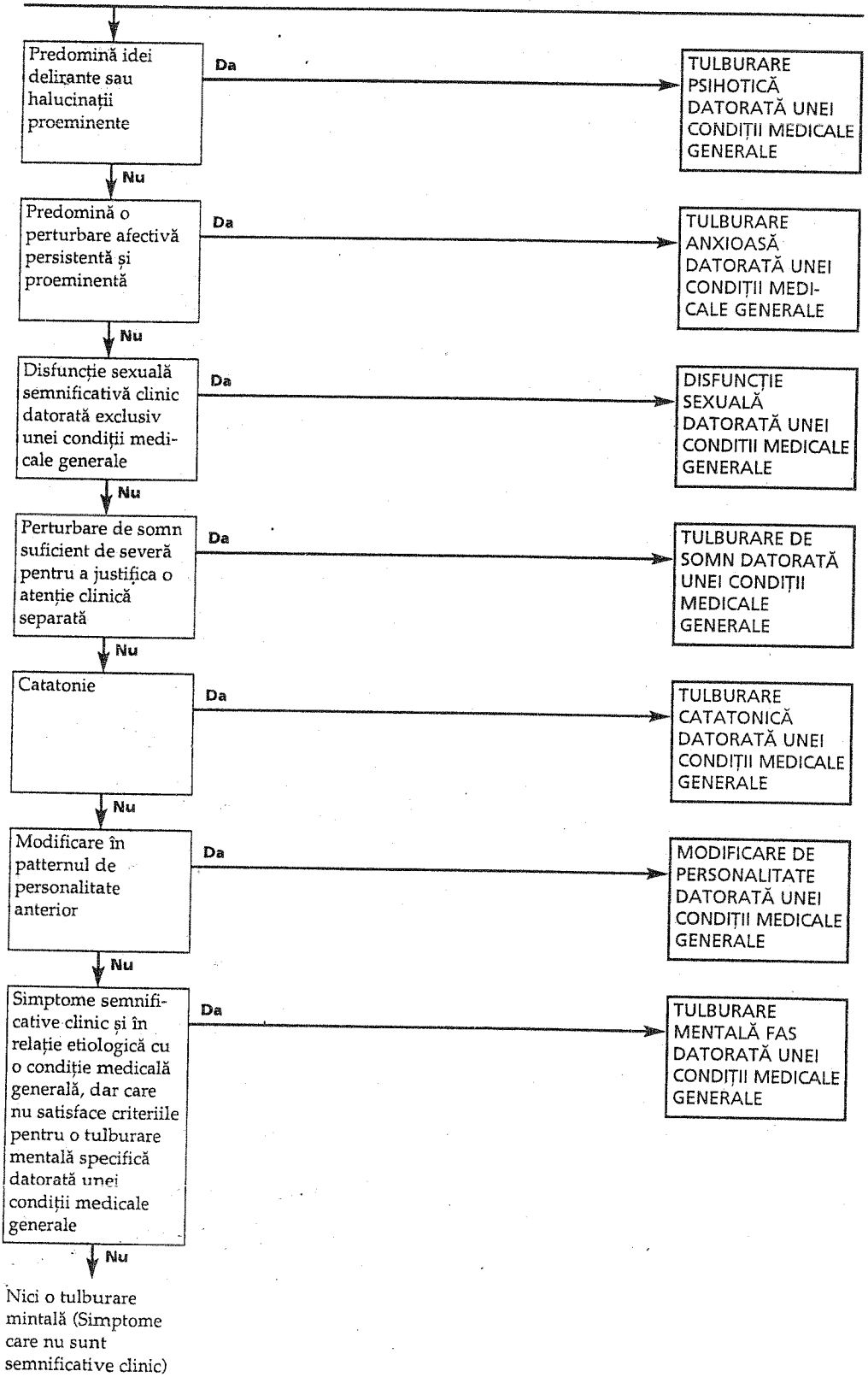

I. Diagnosticul diferențial al tulburărilor mentale datorate unei condiții medicale generale
II. Diagnosticul diferențial al tulburărilor induse de o substanță
III. Diagnosticul diferențial al tulburărilor psihotice
IV. Diagnosticul diferențial al tulburărilor afective
V. Diagnosticul diferențial al tulburărilor anxioase
VI. Diagnosticul diferențial al tulburărilor somatoforme


---

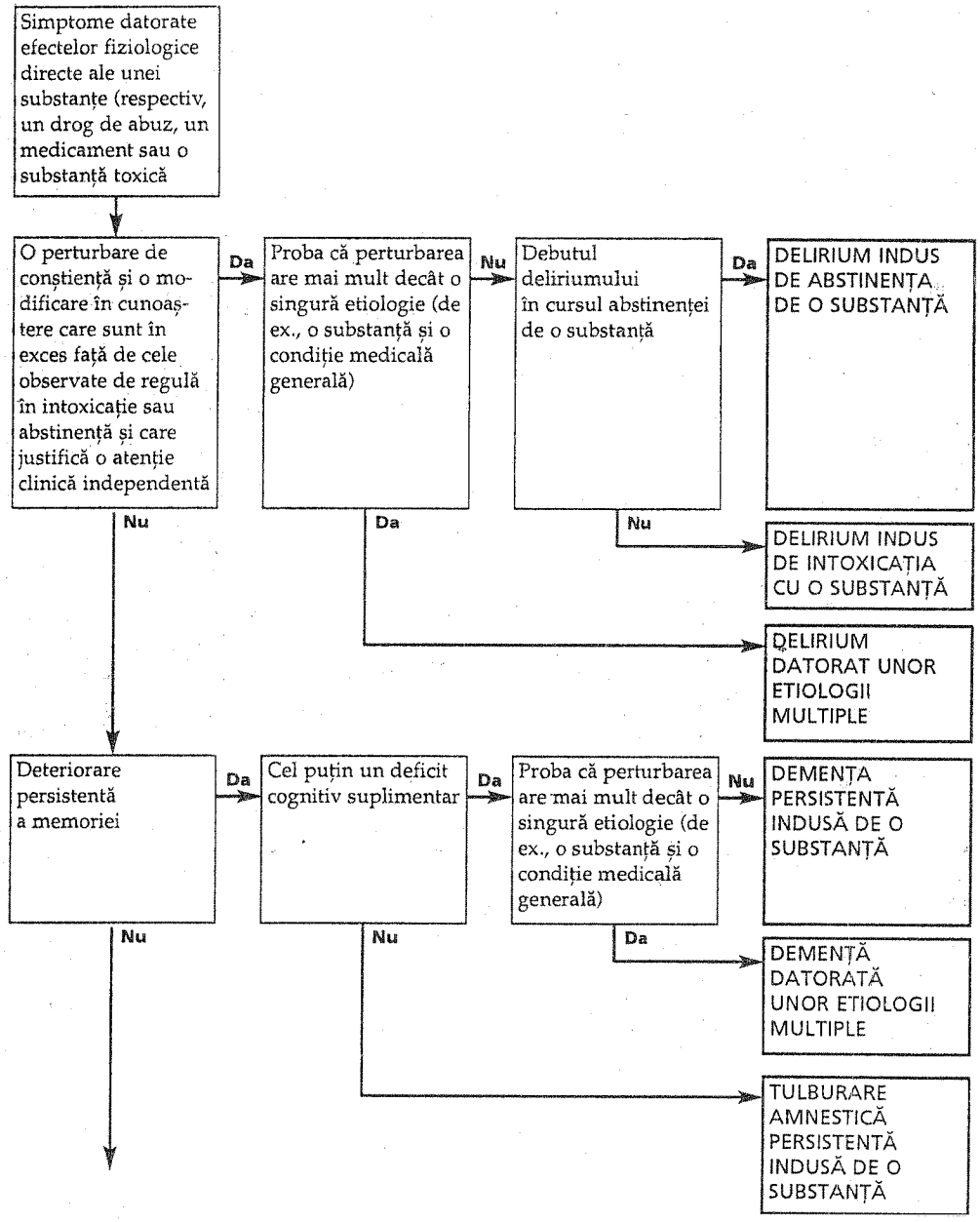
**Notă:** Redactat de Michael B. First, M.D., Allen Frances, M.D. și Harold Alan Pincus, M.D.

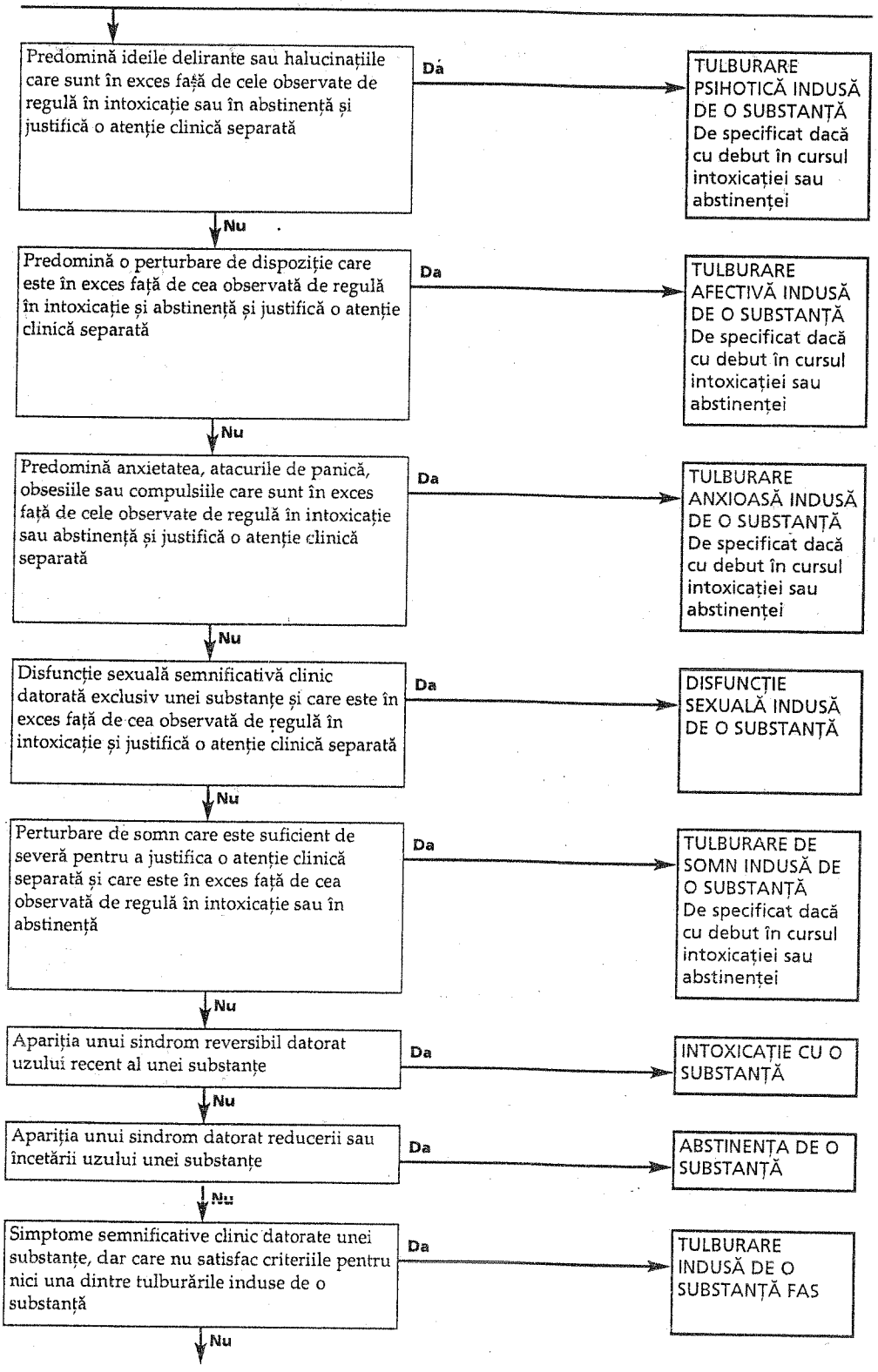
# Diagnosticul Diferențial al Tulburărilor Mentale datorate unei Condiții Medicale Generale



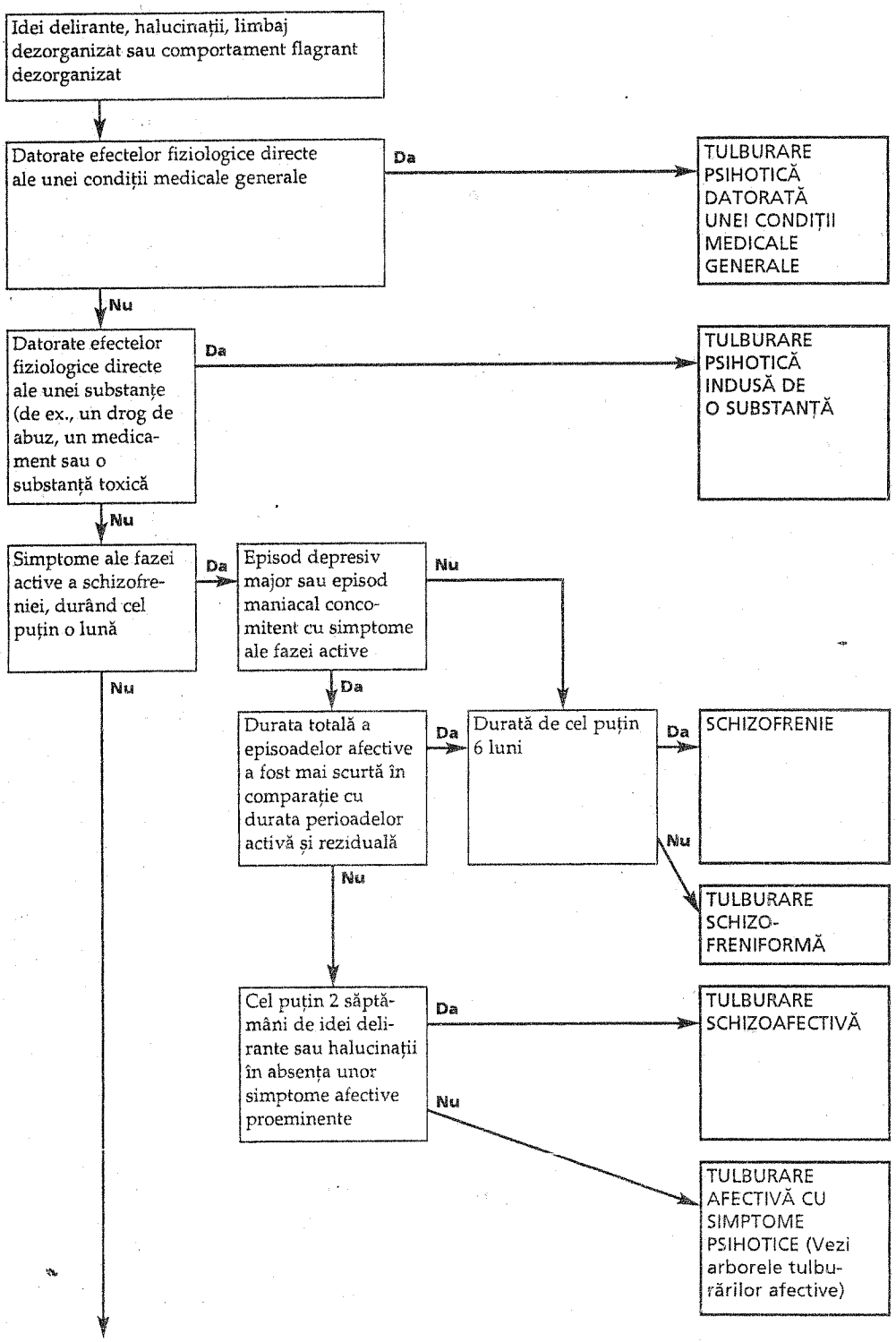

Predomină idei delirante sau halucinații proeminente
Da
TULBURARE PSIHOTICĂ DATORATĂ UNEI CONDIȚII MEDICALE GENERALE
Nu
Predomină o perturbare afectivă persistentă și proeminentă
Da
TULBURARE ANXIOASĂ DATORATĂ UNEI CONDIȚII MEDICALE GENERALE
Nu
Disfuncție sexuală semnificativă clinic datorată exclusiv unei condiții medicale generale
Da
DISFUNCȚIE SEXUALĂ DATORATĂ UNEI CONDITII MEDICALE GENERALE
Nu
Perturbare de somn suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată
Da
TULBURARE DE SOMN DATORATĂ UNEI CONDIȚII MEDICALE GENERALE
Nu
Catatonie
Da
TULBURARE CATATONICĂ DATORATĂ UNEI CONDIȚII MEDICALE GENERALE
Nu
Modificare în patternul de personalitate anterior
Da
MODIFICARE DE PERSONALITATE DATORATĂ UNEI CONDIȚII MEDICALE GENERALE
Nu
Simptome semnificative clinic și în relație etiologică cu o condiție medicală generală, dar care nu satisface criteriile pentru o tulburare mentală specifică datorată unei condiții medicale generale
Da
TULBURARE MENTALĂ FAS DATORATĂ UNEI CONDIȚII MEDICALE GENERALE
Nu
Nici o tulburare mintală (Simptome care nu sunt semnificative clinic)

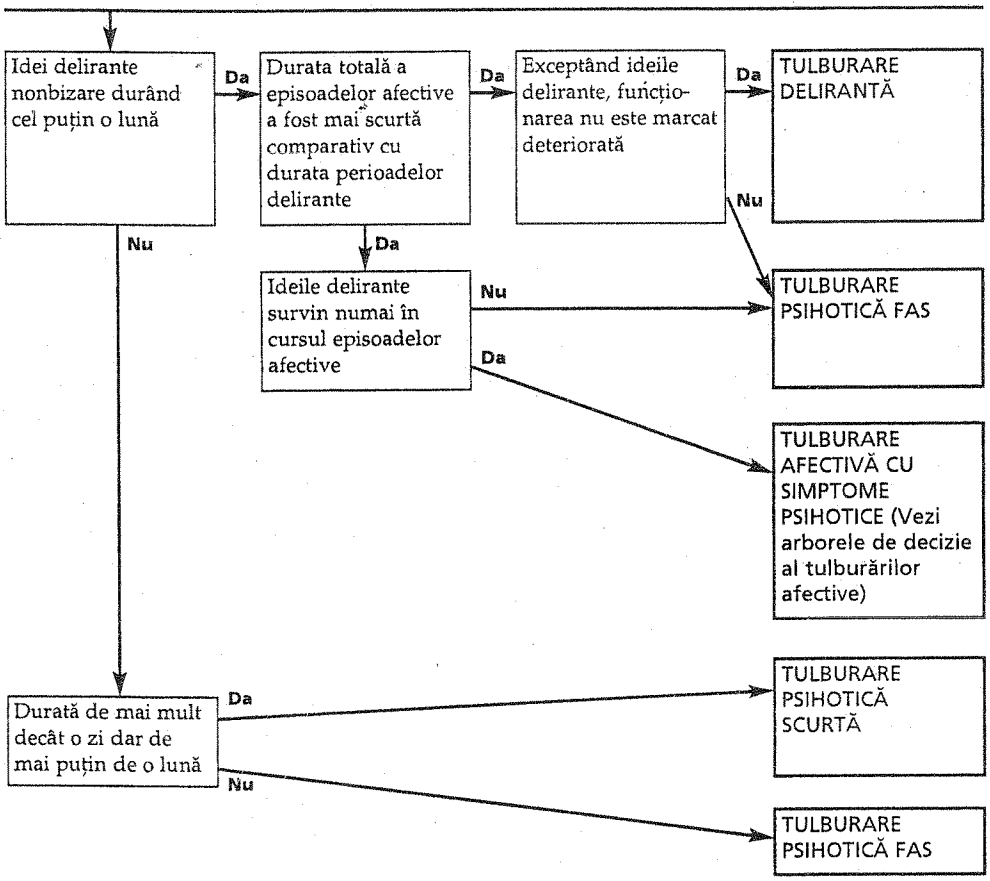
# Diagnosticul Diferențial al Tulburărilor induse de o Substanță (Nu includ Dependența și Abuzul)



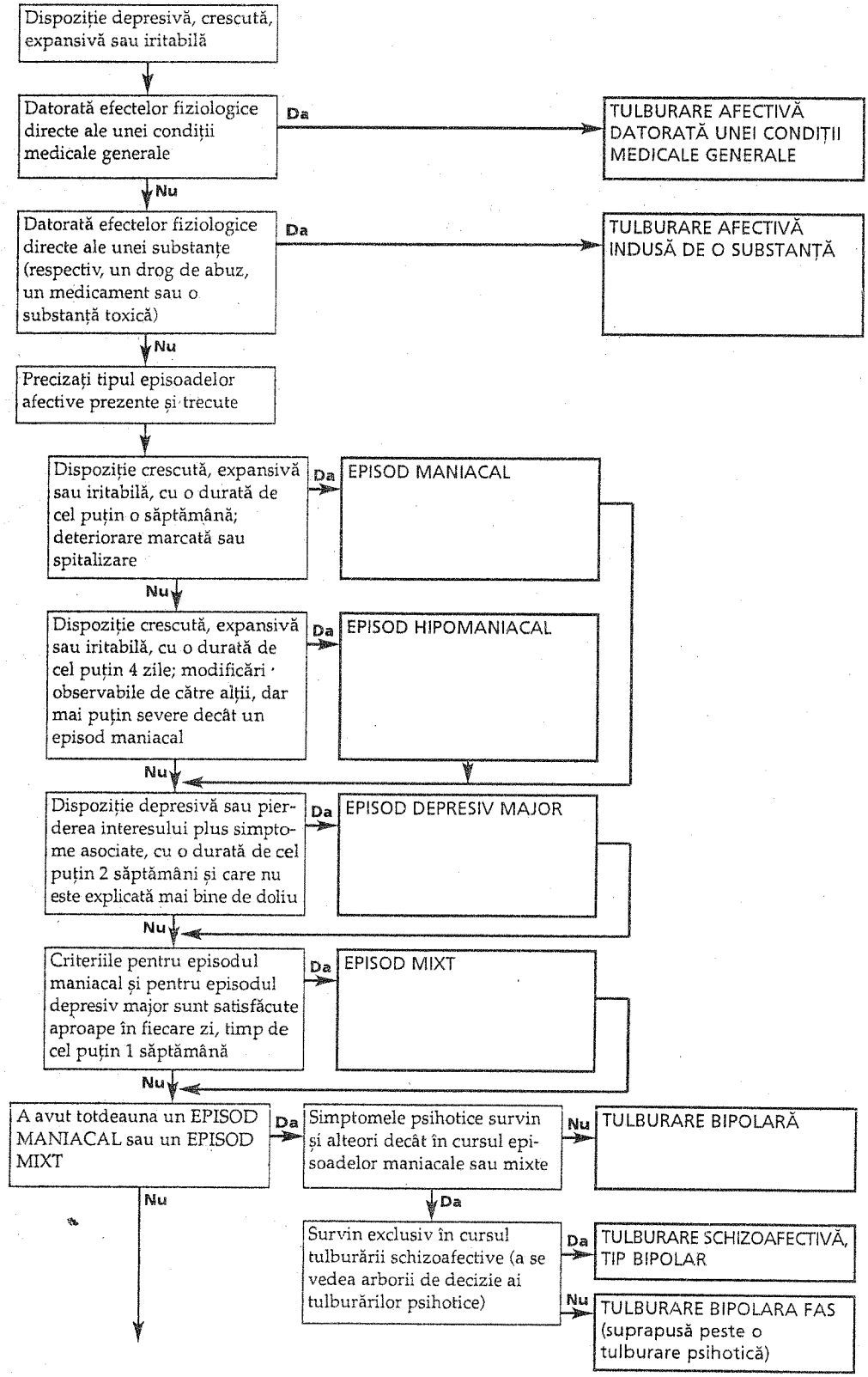

Predomină ideile delirante sau halucinațiile care sunt în exces față de cele observate de regulă în intoxicație sau în abstinență și justifică o atenție clinică separată
Da
TULBURARE PSIHOTICĂ INDUSĂ DE O SUBSTANȚĂ De specificat dacă cu debut în cursul intoxicației sau abstinenței
Nu
Predomină o perturbare de dispoziție care este în exces față de cea observată de regulă în intoxicație și abstinență și justifică o atenție clinică separată
Da
TULBURARE AFECTIVĂ INDUSĂ DE O SUBSTANȚĂ De specificat dacă cu debut în cursul intoxicației sau abstinenței
Nu
Predomină anxietatea, atacurile de panică, obsesiile sau compulsiile care sunt în exces față de cele observate de regulă în intoxicație sau abstinență și justifică o atenție clinică separată
Da
TULBURARE ANXIOASĂ INDUSĂ DE O SUBSTANȚĂ De specificat dacă cu debut în cursul intoxicației sau abstinenței
Nu
Disfuncție sexuală semnificativă clinic datorată exclusiv unei substanțe și care este în exces față de cea observată de regulă în intoxicație și justifică o atenție clinică separată
Da
DISFUNCȚIE SEXUALĂ INDUSĂ DE O SUBSTANȚĂ
Nu
Perturbare de somn care este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică separată și care este în exces față de cea observată de regulă în intoxicație sau în abstinență
Da
TULBURARE DE SOMN INDUSĂ DE O SUBSTANȚĂ De specificat dacă cu debut în cursul intoxicației sau abstinenței
Nu
Apariția unui sindrom reversibil datorat uzului recent al unei substanțe
Da
INTOXICAȚIE CU O SUBSTANȚĂ
Nu
Apariția unui sindrom datorat reducerii sau încetării uzului unei substanțe
Da
ABSTINENȚA DE O SUBSTANȚĂ
Nu
Simptome semnificative clinic datorate unei substanțe, dar care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre tulburările induse de o substanță
Da
TULBURARE INDUSĂ DE O SUBSTANȚĂ FAS
Nu
Nici o tulburare indusă de o substanță (simptomele induse de o substanță nu sunt semnificative clinic)

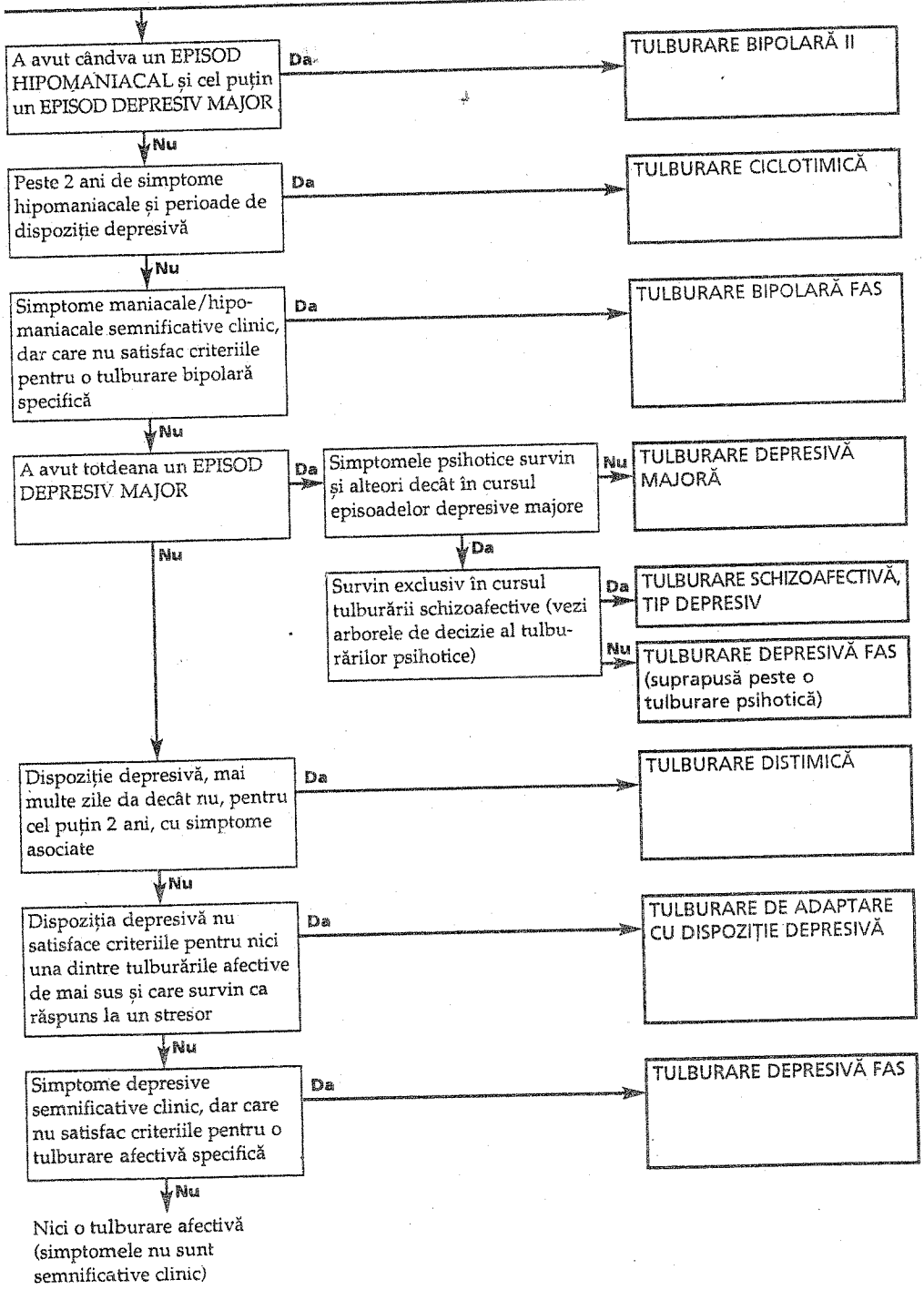
# Diagnosticul Diferențial al Tulburărilor Psihotice



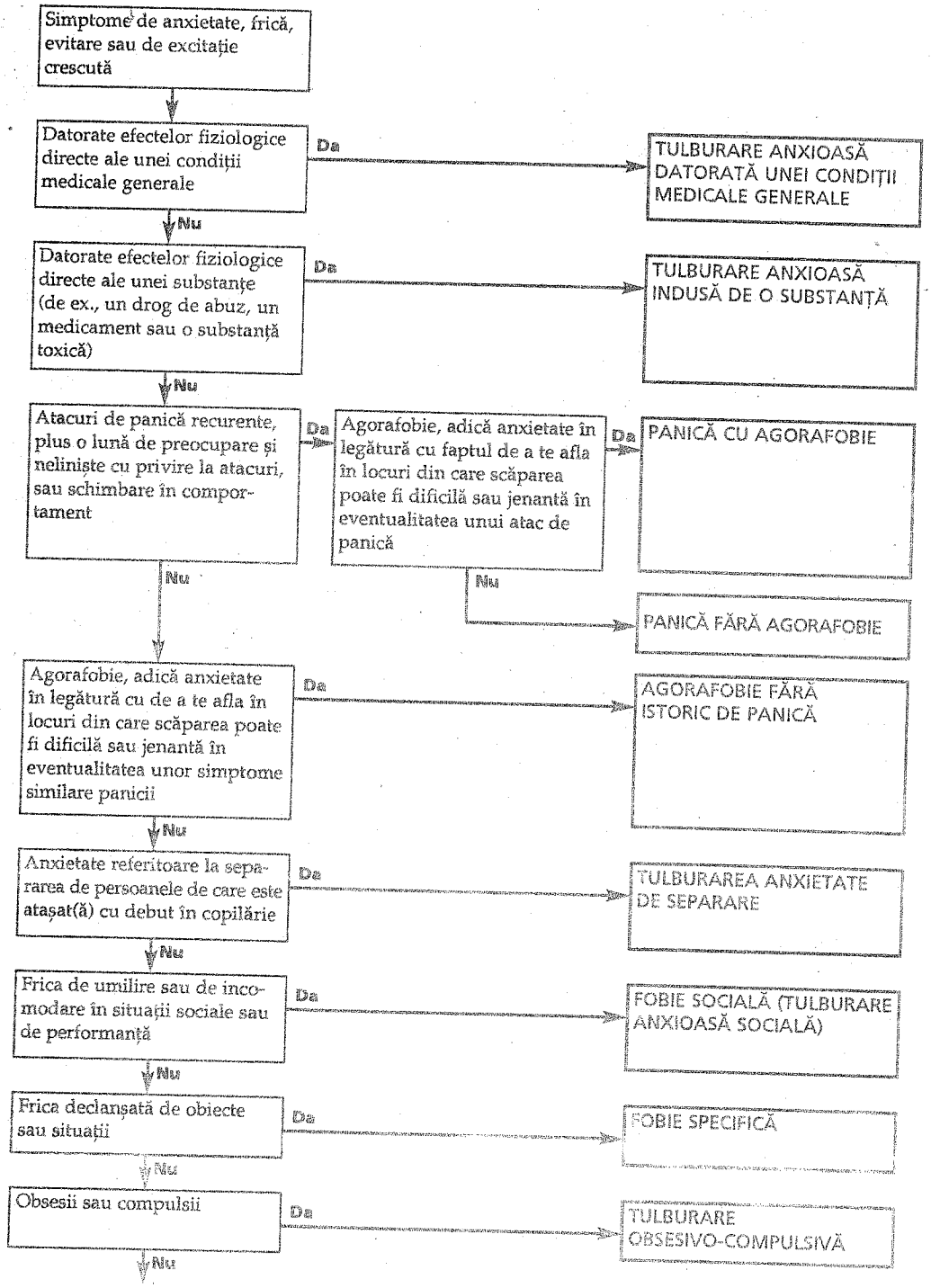

Idei delirante nonbizare durând cel puțin o lună
Da
Durata totală a episoadelor afective a fost mai scurtă comparativ cu durata perioadelor delirante
Da
Exceptând ideile delirante, funcționarea nu este marcat deteriorată
Da
TULBURARE DELIRANTĂ
Nu
Nu
Da
Ideile delirante survin numai în cursul episoadelor afective
Nu
TULBURARE PSIHOTICĂ FAS
Da
TULBURARE AFECTIVĂ CU SIMPTOME PSIHOTICE (Vezi arborele de decizie al tulburărilor afective)
Durată de mai mult decât o zi dar de mai puțin de o lună
Da
TULBURARE PSIHOTICĂ SCURTĂ
Nu
TULBURARE PSIHOTICĂ FAS

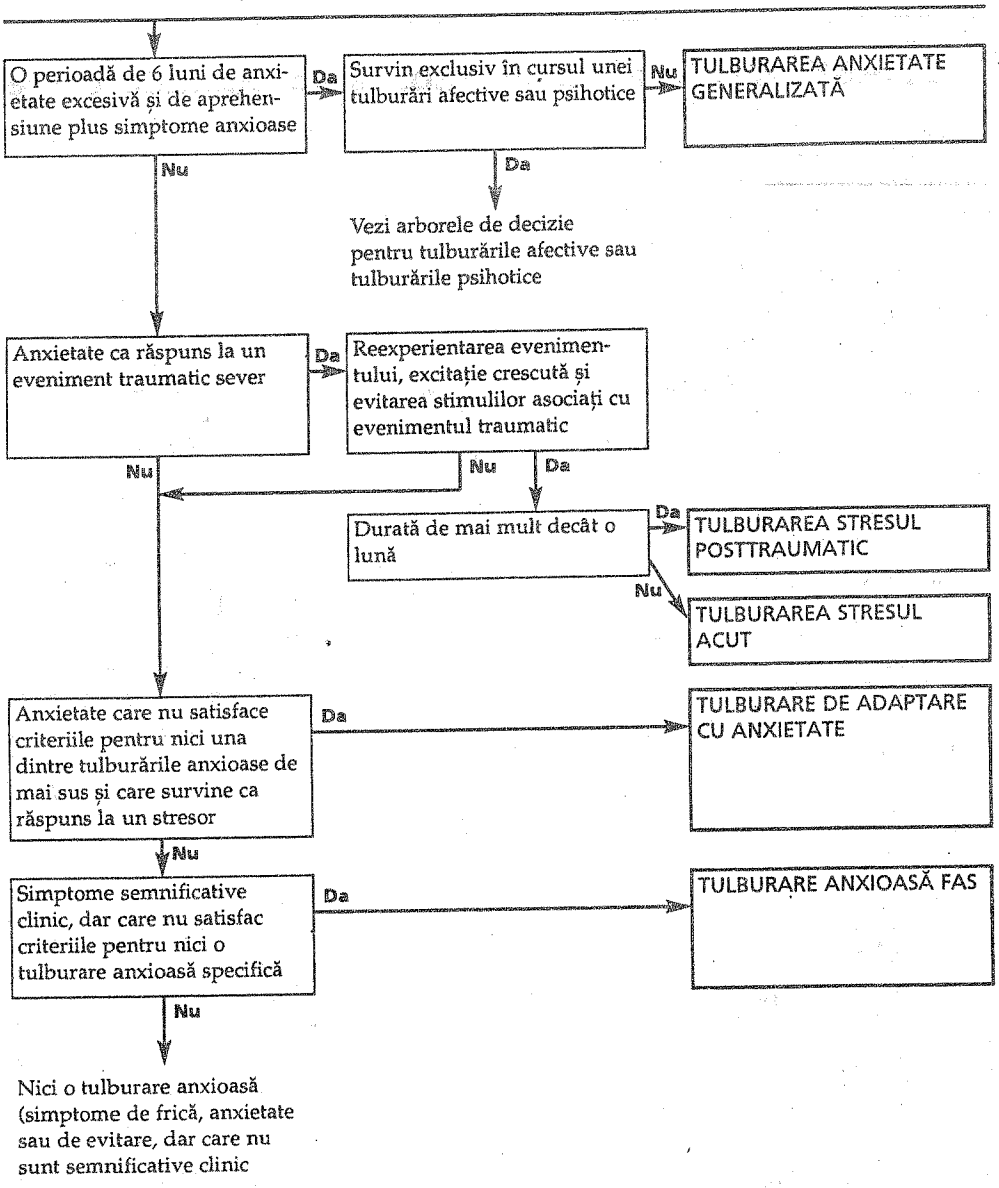
# Diagnosticul Diferențial al Tulburărilor Afective



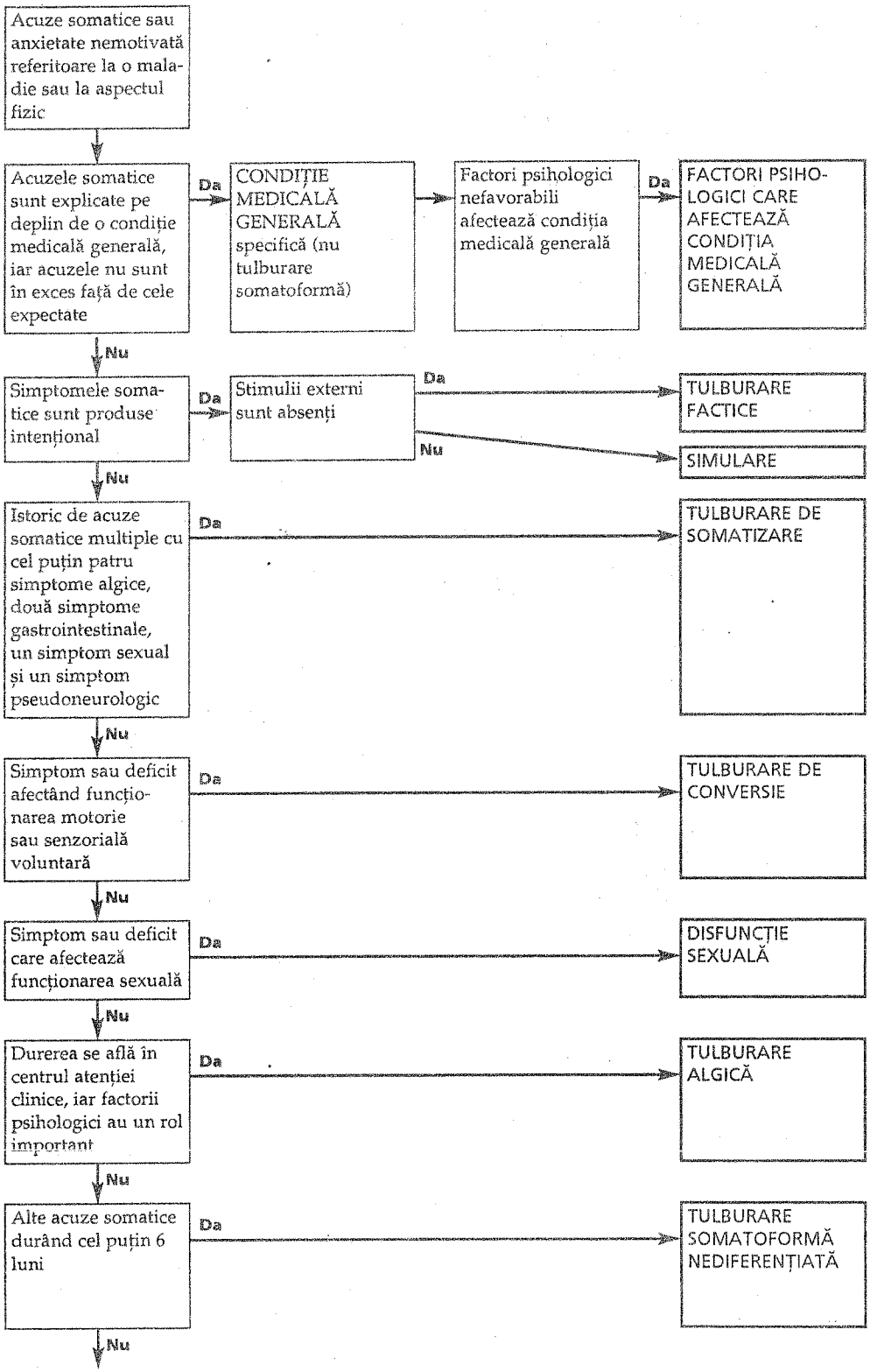

A avut cândva un EPISOD HIPOMANIACAL și cel puțin un EPISOD DEPRESIV MAJOR
Da
TULBURARE BIPOLARĂ II
Nu
Peste 2 ani de simptome hipomaniacale și perioade de dispoziție depresivă
Da
TULBURARE CICLOTIMICĂ
Nu
Simptome maniacale/hipomaniacale semnificative clinic, dar care nu satisfac criteriile pentru o tulburare bipolară specifică
Da
TULBURARE BIPOLARĂ FAS
Nu
A avut totdeana un EPISOD DEPRESIV MAJOR
Da
Simptomele psihotice survin și alteori decât în cursul episoadelor depresive majore
Nu
TULBURARE DEPRESIVĂ MAJORĂ
Da
Survin exclusiv în cursul tulburării schizoafective (vezi arborele de decizie al tulburărilor psihotice)
Da
TULBURARE SCHIZOAFECTIVĂ, TIP DEPRESIV
Nu
TULBURARE DEPRESIVĂ FAS (suprapusă peste o tulburare psihotică)
Nu
Dispoziție depresivă, mai multe zile da decât nu, pentru cel puțin 2 ani, cu simptome asociate
Da
TULBURARE DISTIMICĂ
Nu
Dispoziția depresivă nu satisface criteriile pentru nici una dintre tulburările afective de mai sus și care survin ca răspuns la un stresor
Da
TULBURARE DE ADAPTARE CU DISPOZIȚIE DEPRESIVĂ
Nu
Simptome depresive semnificative clinic, dar care nu satisfac criteriile pentru o tulburare afectivă specifică
Da
TULBURARE DEPRESIVĂ FAS
Nu
Nici o tulburare afectivă (simptomele nu sunt semnificative clinic)

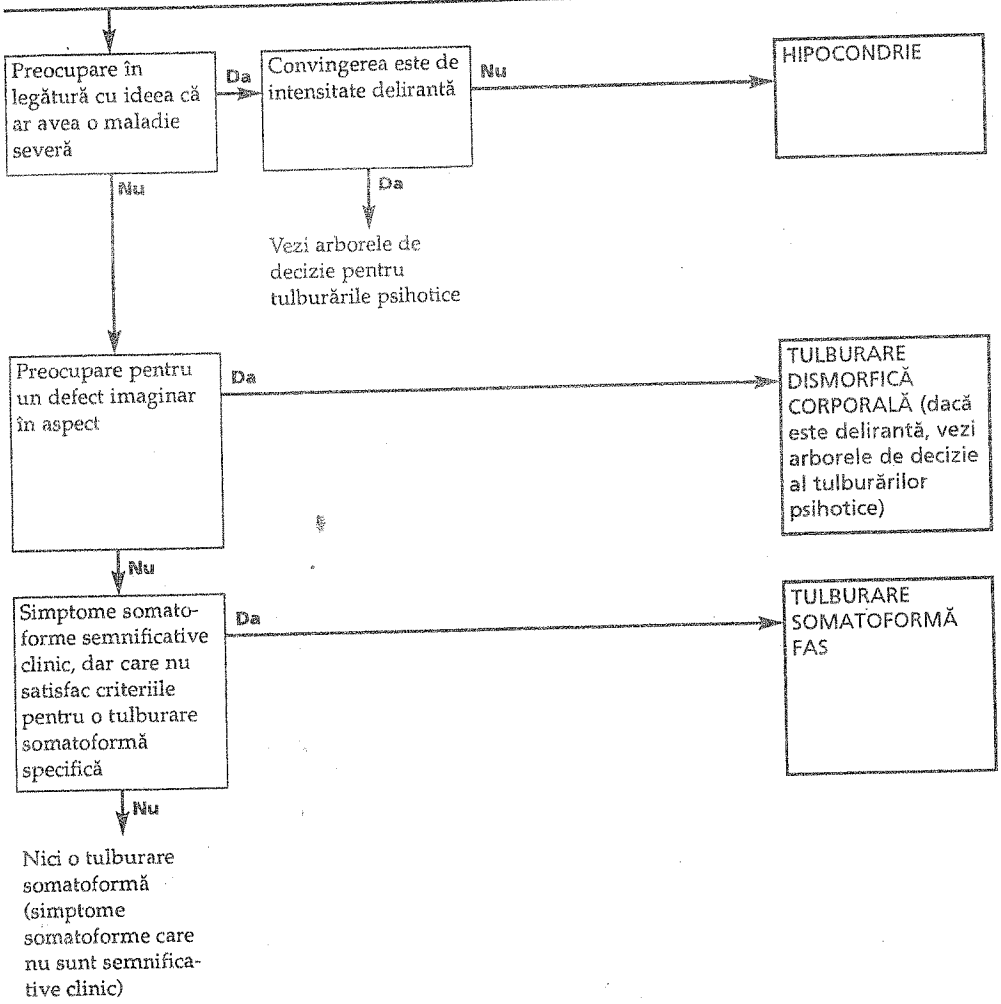
# Diagnosticul Diferențial al Tulburărilor Anxioase




O perioadă de 6 luni de anxietate excesivă și de aprehensiune plus simptome anxioase
Da
Survin exclusiv în cursul unei tulburări afective sau psihotice
Nu
TULBURAREA ANXIETATE GENERALIZATĂ
Da
Vezi arborele de decizie pentru tulburările afective sau tulburările psihotice
Nu
Anxietate ca răspuns la un eveniment traumatic sever
Da
Reexperientarea evenimentului, excitație crescută și evitarea stimulilor asociați cu evenimentul traumatic
Nu
Nu
Da
Durată de mai mult decât o lună
Da
TULBURAREA STRESUL POSTTRAUMATIC
Nu
TULBURAREA STRESUL ACUT
Anxietate care nu satisface criteriile pentru nici una dintre tulburările anxioase de mai sus și care survine ca răspuns la un stresor
Da
TULBURARE DE ADAPTARE CU ANXIETATE
Nu
Simptome semnificative clinic, dar care nu satisfac criteriile pentru nici o tulburare anxioasă specifică
Da
TULBURARE ANXIOASĂ FAS
Nu
Nici o tulburare anxioasă (simptome de frică, anxietate sau de evitare, dar care nu sunt semnificative clinic

## Diagnosticul Diferențial al Tulburărilor Somatoforme




Preocupare în legătură cu ideea că ar avea o maladie severă
Da
Convingerea este de intensitate delirantă
Nu
HIPOCONDRIE
Da
Vezi arborele de decizie pentru tulburările psihotice
Nu
Preocupare pentru un defect imaginar în aspect
Da
TULBURARE DISMORFICĂ CORPORALĂ (dacă este delirantă, vezi arborele de decizie al tulburărilor psihotice)
Nu
Simptome somatoforme semnificative clinic, dar care nu satisfac criteriile pentru o tulburare somatoformă specifică
Da
TULBURARE SOMATOFORMĂ FAS
Nu
Nici o tulburare somatoformă (simptome somatoforme care nu sunt semnificative clinic)

Anexa B

# Seturile de Criterii și Axele prevăzute pentru studii suplimentare

Această anexă conține un număr de propuneri de noi categorii și axe care au fost sugerate pentru o posibilă includere în DSM-IV. Grupul Operativ și Grupurile de Lucru au supus fiecare dintre aceste propuneri unei reevaluări empirice atente și au invitat la comentarii ample din teren. Grupul Operativ a stabilit că există insuficiente informații care să justifice includerea acestor propuneri drept categorii sau axe oficiale în DSM-IV.

Itemii, pragurile și duratele conținute în seturile de criterii au fost concepute să ofere un limbaj comun pentru clinicienii și cercetătorii interesați de studierea acestor tulburări. Se speră că astfel de cercetări vor ajuta la precizarea utilității posibile a acestor categorii propuse și vor duce la ameliorarea seturilor de criterii. Pragurile specifice și duratele au fost stabilite prin consensul experților (informați prin evaluarea critică a literaturii, reanalizarea datelor și rezultatele testărilor în teren, când o astfel de informație a fost disponibilă) și, ca atare, trebuie considerate drept o tentativă. Este de dorit ca cercetătorii să studieze itemii alternativi, pragurile sau duratele, ori de câte ori aceasta este posibil.

În această anexă sunt incluse următoarele tulburări propuse:

Tulburarea postcontuzională
Tulburarea neurocognitivă ușoară
Abstinența de cafeină
Descriptorii dimensionali alternativi pentru schizofrenie
Tulburarea depresivă postpsihotică a schizofreniei
Tulburarea deteriorativă simplă (schizofrenia simplă)
Tulburarea disforică premenstruală
Alternativa la criteriul B al tulburării distimice
Tulburarea depresivă minoră
Tulburarea depresivă scurtă recurentă
Tulburarea depresiv-anxioasă mixtă
Tulburarea factice prin procură (by proxy)
Tulburarea transa disociativă
Tulburarea de mâncat compulsiv
Tulburarea de personalitate depresivă
Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă (tulburarea de personalitate negativistă)

Tulburările de mișcare induse de medicamente:
Parkinsonismul indus de neuroleptice
Sindromul neuroleptic malign
Distonia acută indusă de neuroleptice
Akatisia acută indusă de neuroleptice
Diskinezia tardivă indusă de neuroleptice
Tremorul postural indus de medicamente
Tulburarea de mișcare indusă de medicamente fără altă specificație

(**Notă:** Aceste categorii sunt incluse în secțiunea „Alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice". Textul și seturile de criterii pentru cercetare sunt incluse aici.)

Scala de funcționare a apărării
Scala de evaluare globală a funcționării relaționale (SEGFR)
Scala de evaluare a funcționării sociale și profesionale (SEFSP)

## Tulburarea Postcontuzională

### Elemente caracteristice

Caracteristica esențială o constituie o deteriorare căpătată în funcționarea cognitivă, acompaniată de simptome neurocomportamentale specifice care apar ca o consecință a unui traumatism cranian închis de severitate suficientă pentru a produce o contuzie cerebrală semnificativă. Manifestările contuziei includ pierderea cunoștinței, amnezia posttraumatică și, mai puțin frecvent, debutul posttraumatic al crizelor epileptice. Abordările specifice pentru definirea acestui criteriu necesită a fi ameliorate prin cercetări suplimentare. Deși există date insuficiente pentru a stabili o limită precisă pentru severitatea traumatismului cranian închis, au fost sugerate anumite criterii, de exemplu, două din următoarele: 1) o perioadă de inconștiență durând mai mult de 5 minute, 2) o perioadă de amnezie posttraumatică durând mai mult de 12 ore după traumatismul cranian închis sau, 3) un nou debut al crizelor epileptice (ori o înrăutățire considerabilă a crizelor epileptice preexistente), care survin în cursul primelor 6 luni după traumatismul cranian închis. Trebuie de asemenea, să fie probate deficitele cognitive, fie în atenție (concentrare, comutarea centrului atenției, efectuarea simultană a unor sarcini cognitive), fie în memorie (învățarea sau reproducerea informațiilor). Acompaniind perturbările cognitive, trebuie să existe trei (sau mai multe) simptome timp de cel puțin 3 luni după traumatismul cranian închis. Acestea includ fatigabilitatea rapidă, perturbarea somnului, cefaleea, vertijul sau amețeala, iritabilitatea sau agresivitatea la cea mai mică provocare sau fără nici una, anxietatea, depresia sau labilitatea afectivă, apatia sau lipsa de spontaneitate și alte modificări de personalitate (de ex., inadecvarea socială sau sexuală). Perturbările cognitive și simptomele somatice și comportamentale apar după ce a survenit traumatismul cranian ori reprezintă o înrăutățire semnificativă a simptomelor preexistente. Sechelele cognitive și neurocomportamentale sunt acompaniate de o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare. În cazul copiilor de etate școlară poate exista o înrăutățire semnificativă a performanței școlare datând de la traumatism. Această tulburare propusă nu trebuie să fie luată în considerație dacă simptomele individului satisfac criteriile pentru-demența datorată unui traumatism cranian ori dacă simptomele sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## Elemente asociate

Elementele asociate, care pot fi sechele ale traumatismului cranian închis, includ deteriorări vizuale sau auditive și anosmie (pierderea simțului olfactiv). Ultima poate fi în legătură cu o lipsă a interesului pentru mâncare. Pot fi prezente anumite complicații ortopedice și neurologice, în funcție de cauza, natura și gradul traumatismului. Tulburările în legătură cu o substanță sunt frecvent asociate cu traumatismul cranian închis. Traumatismul cranian închis survine mai frecvent la bărbații tineri și este asociat cu comportamente de asumare a riscului.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, indivizii, ale căror tablouri clinice satisfac aceste criterii de cercetare, vor fi diagnosticați ca având **tulburare cognitivă fără altă specificație.**

Dacă traumatismul cranian duce la **demență** (de ex., deteriorarea memoriei și cel puțin o altă deteriorare cognitivă), tulburarea postcontuzională nu mai trebuie luată în considerație. **Tulburarea neurocognitivă ușoară**, ca și tulburarea postcontuzională, este inclusă în această anexă (vezi pag. 762). Tulburarea postcontuzională poate fi diferențiată de tulburarea neurocognitivă ușoară printr-un anumit pattern de simptome cognitive, somatice și comportamentale și prin prezența unei etiologii specifice (respectiv, traumatismul cranian închis). Indivizii cu **tulburare de somatizare** și **tulburare somatoformă nediferențiată** pot prezenta simptome comportamentale și somatice similare; aceste tulburări nu au însă o etiologie specifică (respectiv, traumatism cranian închis) ori o deteriorare măsurabilă în activitatea cognitivă. Tulburarea poscontuzională trebuie distinsă de **tulburarea factice** (necesitatea de a-și asuma rolul de pacient) și de **simulare** (în care dorința de compensație poate duce la producerea de simptome sau la prelungirea simptomelor datorate unui traumatism cranian închis).

## Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Postcontuzională

A. Istoric de traumatism cranian care a cauzat o contuzie cerebrală semnificativă.

**Notă**: Manifestările contuziei includ pierderea cunoștinței, amnezia post-traumatică, și, mai puțin frecvent, debutul posttraumatic al crizelor epileptice. Metoda specifică de definire a acestui criteriu trebuie să fie stabilită de cercetări suplimentare.

B. Evidențierea prin testare neuropsihologică sau evaluare cognitivă cantitativă a dificultății în atenție (concentrare, comutarea focarului atenției, efectuarea concomitentă a unor sarcini cognitive) sau memorie (învățarea sau reproducerea informației).

C. Trei (sau mai multe dintre următoarele survin la scurt timp după traumatism și durează cel puțin 3 luni:

(1) fatigabilitate rapidă;
(2) somn perturbat;
(3) cefalee;
(4) vertij sau amețeală;
(5) iritabilitate sau agresivitate la cea mai mică provocare sau fără nici una;
(6) anxietate, depresie sau labilitate afectivă;

**Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Postcontuzională *(continuare)***

(7) modificare de personalitate (de ex., inadecvare socială sau sexuală);
(8) apatie sau lipsă de spontaneitate.

D. Simptomele de la criteriile B și C își au debutul după traumatismul cranian sau reprezintă o înrăutățire substanțială a simptomelor preexistente.

E. Perturbarea cauzează o deteriorare semnificativă.

## Tulburarea Neurocognitivă Ușoară

### Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie apariția unei deteriorări în funcționarea neurogonitivă, datorată unei condiții medicale generale. Prin definiție, nivelul deteriorării cognitive și impactul asupra funcționării cotidiene este ușor (de ex., individul este capabil să-și compenseze parțial deteriorarea cognitivă printr-un efort suplimentar). Indivizii cu această condiție au un nou debut de deficite în cel puțin două domenii de funcționare cognitivă. Acestea pot include tulburări de memorie ((învățarea sau evocarea informațiilor noi), de *funcționare executivă* (de ex., planificare, raționament), de atenție sau de viteză de procesare a informației (de ex., de concentrare, de rapiditate a asimilării sau analizării informației), tulburări ale capacităților perceptuale motorii (de ex., de integrare a informației vizuale, tactile sau auditive cu activitățile motorii) ori de limbaj (de ex., dificultăți în repetarea cuvintelor, fluență redusă). Afirmarea deteriorării cognitive trebuie să fie coroborată cu rezultatele testării neuropsihologice ori cu tehnicile de evaluare cognitivă standardizate aplicate la patul pacientului. În afară de aceasta, deficitele cognitive cauzează o detresă marcată sau interferează cu funcționarea socială, profesională ori cu alte domenii importante de funcționare și reprezintă un declin de la nivelul anterior de funcționare. Perturbarea cognitivă nu satisface criteriile pentru delirium, demență sau tulburarea amnestică și nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., de o tulburare în legătură cu o substanță, tulburarea depresivă majoră).

### Elemente asociate

Elementele asociate depind de condiția medicală generală subiacentă. În cazul anumitor tulburări cronice (de ex., hipoxemie, dezechilibre electrolitice), profilul cognitiv este de regulă unul de reducere generalizată în toate funcțiile cognitive. Unele condiții neurologice și alte condiții medicale generale produc patternuri de deteriorare cognitivă care sugerează mai mult o implicare cerebrală „subcorticală" (adică, o disproporție între capacitatea de concentrare și de învățare a faptelor noi și în viteza și eficiența procesării informației). Acestea includ fazele inițiale ale maladiei Huntington, tulburarea neurocognitivă asociată cu HIV și maladia Parkinson. Alte condiții (de ex., lupusul eritematos sistemic) sunt asociate mai frecvent cu un pattern multifocal sau neregulat de pierdere cognitivă. EEG poate

arăta o ușoară încetinire a activității de fond ori o perturbare a potențialelor evocate. Deteriorarea cognitivă ușoară, chiar în cazurile de maladie Alzheimer precoce, este prezentă frecvent fără modificări specifice la studiile neuroanatomice utilizând imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) sau tomografia computerizată (TC). Este mult mai probabil ca anomaliile să fie prezente în studiile de imagistică cerebrală funcțională (tomografia computerizată cu emisiunea unui singur foton [PET], imagistica funcțională prin rezonanță magnetică). Evoluția depinde de etiologia subiacentă. În unele cazuri, deteriorarea cognitivă se înrăutățește gradual, astfel că, în cele din urmă, diagnosticul de demență devine adecvat (de ex., fazele precoce ale maladiei Alzheimer, maladiei Huntington și ale altor condiții neurodegenerative lent progresive). În alte cazuri, perturbarea se poate ameliora lent, ca în recuperarea graduală din hipotiroidism. În fine, în alte cazuri, perturbările cognitive datorate unor deranjamente metabolice sau maladii infecțioase severe se pot rezolva parțial, dar sunt caracterizate printr-o deteriorare reziduală care este permanentă.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, indivizii al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare, trebuie să fie diagnosticați ca având **tulburare cognitivă fără altă specificație.**

Deși nu există limite clare între tulburarea neurocognitivă ușoară și demență, tulburarea neurocognitivă ușoară are mai puțină deteriorare cognitivă și un impact mai redus asupra activităților cotidiene, iar deteriorarea memoriei nu este o cerință. Tulburarea neurocognitivă ușoară poate fi confundată cu un **delirium** care evoluează lent, în special la începutul evoluției sale. Tulburarea neurocognitivă ușoară poate fi distinsă de o **tulburare amnestică** prin cerința existenței unei deteriorări cognitive în cel puțin două domenii. Tulburarea neurocognitivă ușoară nu trebuie luată în considerație, dacă simptomele unui individ satisfac criteriile pentru o **tulburare în legătură cu o substanță** (inclusiv efectele secundare ale unui medicament). În astfel de cazuri, trebuie pus diagnosticul corespunzător de tulburare în legătură cu o substanță fără altă specificație.

**Tulburarea postcontuzională**, altă categorie menționată în această anexă (vezi pag. 760), se distinge de tulburarea neurocognitivă ușoară prin prezența unui pattern specific de simptome și o etiologie specifică (adică, un traumatism cranian închis).

Perturbările neurocognitive ușoare sunt un element asociat comun pentru un număr de **tulburări mentale** (de ex., tulburarea depresivă majoră). Tulburarea neurocognitivă ușoară trebuie luată în considerație, numai dacă deteriorarea cognitivă este explicată mai bine de efectele directe ale unei condiții medicale generale decât de o tulburare mentală. Indivizii cu declin cognitiv în legătură cu etatea pot avea nivele similare de deteriorare cognitivă, dar declinul este considerat a fi parte a unui proces de îmbătrânire normativ, mai curând decât atribuibil unei condiții medicale generale. Indivizii pot relata acuze subiective de **deteriorare în funcționarea cognitivă** care nu pot fi coroborate prin testarea neuropsihologică ori sunt considerate a nu fi asociate cu o condiție medicală generală. Această tulburare propusă nu trebuie să fie luată în considerație pentru astfel de tablouri clinice.

### Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Neurocognitivă Ușoară

A. Prezența a două (sau mai multe) dintre următoarele deteriorări în funcționarea cognitivă, durând de regulă o perioadă de cel puțin două săptămâni (după cum relatează individul ori un informator credibil):

(1) deteriorarea memoriei, identificată printr-o capacitate redusă de a învăța sau de a evoca informațiile;
(2) perturbare în activitatea de execuție (adică, în planificare, organizare, secvențiere, abstractizare;
(3) perturbare în atenție sau în viteza de procesare a informației;
(4) deteriorare în capacitățile perceptual motorii;
(5) deteriorare în limbaj (de ex., în comprehensiune, în găsirea cuvintelor).

B. Din examenul somatic sau datele de laborator (inclusiv tehnicile neuroimagistice) rezultă proba existenței unei condiții neurologice sau medicale generale care este considerată a fi etiologic în relație cu perturbarea cognitivă.

C. Din testarea neuropsihologică sau din evaluarea cognitivă cuantificată rezultă proba unei anomalii sau declin în performanță.

D. Deficitele cognitive cauzează o detresă sau deteriorare marcată în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante și reprezintă un declin de la nivelul anterior de funcționare.

E. Perturbarea cognitivă nu satisface criteriile pentru delirium, demență, tulburarea amnestică și nu este explicată mai bine de altă tulburare mentală (de ex., o tulburare în legătură cu o substanță, tulburarea depresivă majoră).

## Abstinența de Cafeină

### Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie un sindrom de abstinență caracteristic, datorat întreruperii bruște sau reducerii uzului de produse conținând cafeină, după un uz zilnic prelungit. Sindromul include cefaleea și unul (sau mai multe) din următoarele simptome: fatigabilitate sau torpoare notabilă, anxietate sau depresie notabilă, sau greață ori vomă. Aceste simptome par a fi mai frecvente la indivizii cu uz masiv (500 mg/zi), dar pot surveni și la indivizi cu un consum redus (100 mg/zi). Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau o deteriorare semnificativă în funcționarea socială, profesională ori în alte domenii de funcționare importante. Simptomele nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale și nu trebuie să fie explicate mai bine de altă tulburare mentală.

### Elemente asociate

Simptomele asociate includ dorința intensă de cafeină și înrăutățirea performanțelor cognitive (în special la sarcinile de vigilență). Simptomele pot începe în decurs de 12 ore de la încetarea uzului de cafeină, cu un pic de

aproximativ 24–48 ore și durează până la o săptămână. Unii indivizi pot solicita tratament medical pentru aceste simptome, fără să realizeze că ele se datorează abstinenței de cafeină.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, indivizii al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare trebuie diagnosticați ca având **tulburare în legătură cu cafeina fără altă specificație.**

Pentru o discuție generală a diagnosticului diferențial al tulburărilor în legătură cu o substanță, vezi pag. 207. Simptomele nu trebuie să se datoreze efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., migrenă, maladie virală) și nu trebuie să fie explicate mai bine de altă tulburare mentală. Cefaleile, fatigabilitatea, greața sau voma, datorate unei condiții medicale generale, ori datorate **începerii sau încetării administrării unui medicament**, pot provoca un tablou clinic similar celui al abstinenței de cafeină. Torpoarea, fatigabilitatea și modificările de dispoziție din abstinența de cafeină pot mima **abstinența de amfetamină** sau **de cocaină**. Relația temporală a simptomelor cu încetarea uzului de cafeină și evoluția limitată în timp a simptomelor stabilesc de regulă diagnosticul. Dacă diagnosticul este neclar, poate fi de ajutor un trial diagnostic al cafeinei.

### Criteriile de cercetare pentru Abstinența de Cafeină

A. Uz zilnic prelungit de cafeină.

B. Încetarea bruscă a uzului de cafeină sau reducerea cantității de cafeină utilizate este urmată îndeaproape de cefalee și de unul (sau mai multe) din următoarele simptome:

(1) fatigabilitate sau torpoare marcată;
(2) anxietate sau depresie marcată;
(3) greață sau vomă.

C. Simptomele de la criteriul B cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii importante de funcționare.

D. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex. migrena, o maladie virală) și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

## Descriptorii Dimensionali Alternativi pentru Schizofrenie

Din cauza limitelor în subtiparea clasică a schizofreniei (vezi pag. 313), a fost sugerat un model dimensional trifactorial (psihotic, dezorganizat și negativ) pentru a descrie simptomatologia actuală și pe tot cursul vieții. Factorul psihotic include ideile delirante și halucinațiile. Factorul dezorganizat include limbajul dezorganizat, comportamentul dezorganizat și afectul inadecvat. Factorul negativ include

diversele simptome negative. Studiile sugerează că severitatea simptomelor din fiecare dintre acești trei factori tinde a varia concomitent, atât pe secțiune transversală, cât și în timp, aceasta fiind mai puțin adevărat pentru simptome versus factori. De exemplu, pe măsură ce ideile delirante devin mai severe, și halucinațiile tind a deveni mai severe. Din contra, severitatea simptomelor negative sau dezorganizate este mai puțin în legătură cu severitatea halucinațiilor sau ideilor delirante. Un model pentru înțelegerea heterogenității clinice a schizofreniei sugerează că fiecare dintre aceste trei dimensiuni poate avea subiacent procese fiziopatologice diferite și răspunsuri diferite la tratament. În practica clinică se întâlnesc diverse combinații de severitate pe cele trei dimensiuni, și este relativ rar ca o dimensiune să fie prezentă, iar celelalte două complet absente. Următorul este un sistem pentru aplicarea acestor dimensiuni în studiile clinice și de cercetare.

## Descriptorii Dimensionali Alternativi pentru Schizofrenie

*De specificat :* absentă, ușoară, moderată, severă, pentru fiecare dimensiune. Prezența în prim plan a acestor dimensiuni poate fi specificată fie pentru episodul actual (adică, pentru cele 6 luni anterioare), fie pentru evoluția pe întreaga viață a tulburării, ori pentru ambele.

**Dimensiunea Psihotică (halucinații/idei delirante)**: descrie măsura în care au fost prezente halucinațiile sau ideile delirante.

**Dimensiunea Dezorganizării**: descrie măsura în care limbajul dezorganizat, comportamentul dezorganizat sau afectul inadecvat au fost prezente.

**Dimensiunea Negativă (de deficit)**: descrie măsura în care simptomele negative (adică, aplatizarea afectivă, alogia, avoliția) au fost prezente. Notă: A nu se include simptomele care par a fi secundare depresiei, efectelor secundare ale medicamentelor, halucinațiilor sau ideilor delirante.

Următoarele sunt două exemple care includ subtipul DSM-IV, specificanții de evoluție și abordarea dimensională propusă:

*Exemplul 1*

295.30 Schizofrenie, tip paranoid, continuă

Actualmente:

Cu dimensiune psihotică severă
Cu dimensiune dezorganizată absentă
Cu dimensiune negativă moderată

Pe toată viața:

Cu dimensiune psihotică ușoară
Cu dimensiune dezorganizată absentă
Cu dimensiune negativă ușoară

*Exemplul 2*

295.60 Schizofrenie, tip rezidual, episodică cu simptome reziduale

Actualmente:

Cu dimensiune psihotică ușoară
Cu dimensiune dezorganizată ușoară
Cu dimensiune negativă ușoară

Pe toată viața:
- Cu dimensiune psihotică moderată
- Cu dimensiune dezorganizată ușoară
- Cu dimensiune negativă ușoară

## Tulburarea Depresivă Postpsihotică a Schizofreniei

### Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie un episod depresiv major (vezi pag. 349) care este suprapus și care survine numai în faza reziduală a schizofreniei. Faza reziduală a schizofreniei urmează fazei active (adică, simptomelor care satisfac criteriul A). Ea se caracterizează prin persistența simptomelor negative ori a simptomelor fazei active într-o formă atenuată (de ex., convingeri bizare, experiențe perceptuale insolite). Episodul depresiv major suprapus trebuie să includă dispoziția depresivă (adică, pierderea interesului sau plăcerii nu poate servi ca o alternativă pentru dispoziția tristă sau depresivă). Cel mai adesea, episodul depresiv major urmează imediat după remisiunea simptomelor fazei active a episodului psihotic. Uneori acesta poate urma după un interval mai scurt sau mai lung în cursul căruia nu există simptome psihotice. Simptomele afective datorate efectelor fiziologice directe ale unui drog de abuz, unui medicament ori unei condiții medicale generale nu sunt luate în considerație pentru tulburarea depresivă postpsihotică a schizofreniei.

### Elemente asociate

În comparație cu indivizii cu schizofrenie fără episoade depresive postpsihotice, este foarte probabil ca acești indivizi să trăiască singuri și să aibă mai puține suporturi sociale. Alte elemente asociate pot include un număr mare de spitalizări anterioare, un istoric de recăderi psihotice în timpul tratamentului cu medicamente antipsihotice, debut insidios al episoadelor psihotice, episoade anterioare de depresie și de tentative de suicid. Pot exista pierderi recente, evenimente de viață indezirabile sau alți stresori. Ratele de prevalență raportate variază, până la 25% dintre indivizii cu schizofrenie fiind descriși ca având această condiție la un moment dat în cursul maladiei lor. Este posibil ca acești indivizi să recadă într-un episod psihotic sau să fie respitalizați mai frecvent decât cei fără depresie. Indivizii cu schizofrenie care au, de asemenea, rude biologice de gradul I cu istoric de tulburare depresivă majoră, pot fi expuși unui risc mai mare de depresii pospsihotice. Această condiție este asociată cu ideație suicidară, tentative de suicid și suicid complet.

### Diagnostic diferențial

În DMS-IV, indivizii al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare, trebuie să fie diagnosticați ca având **tulburare depresivă fără altă specificație.**

Tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale se distinge de această perturbare prin faptul că simptomele depresive se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul).

**Tulburarea afectivă indusă de o substanță** se distinge de această perturbare prin faptul că simptomele depresive se datorează efectelor fiziologice directe ale unui drog de abuz (de ex., alcoolul, cocaina) sau efectelor secundare ale unui medicament. Indivizii cu schizofrenie se află adesea în tratament cu me[illegible]mente neuroleptice de întreținere care pot cauza disforie sau tulburări de m[illegible]care induse de medicamente, ca efecte secundare. Aceste efecte secundare se pot confunda cu simptomele depresive. **Parkinsonismul indus de neuroleptice** cu akinezie (vezi pag. 792) este caracterizat printr-o reducere a capacității de a iniția și a susține comportamente, care pot duce la o lipsă de spontaneitate sau anhedonie. **Akatisia indusă de neuroleptice** (vezi pag. 800) poate fi confundată cu anxietatea sau agitația, și poate fi asociată cu dispoziție depresivă sau ideație suicidară. Adaptarea tipului de medicament sau a dozei poate duce la reducerea acestor efecte secundare și la clarificarea cauzei unor astfel de simptome.

Diagnosticul diferențial dintre simptomele depresive postpsihotice și **simptomele negative ale schizofreniei** (de ex., avoliția, alogia, aplatizarea afectivă) poate fi extrem de dificil. Simptomele negative trebuie să fie distinse de alte simptome de depresie (de ex., tristețe, culpă, păcătuire, disperare, abandon, stimă de sine scăzută). În **tulburarea schizoafectivă** și în **tulburarea afectivă cu simptome psihotice**, trebuie să existe o perioadă de suprapunere între episodul psihotic complet și episodul afectiv. Din contra, această tulburare propusă cere ca simptomele unui episod depresiv major să survină numai în faza reziduală a schizofreniei.

**Demoralizarea** poate surveni în cursul schizofreniei, dar nu trebuie să fie considerată depresie postpsihotică decât dacă sunt satisfăcute complet criteriile pentru episodul depresiv major. **Tulburarea de adaptare cu dispoziție depresivă** se distinge de simptomele depresive postpsihotice din schizofrenie, deoarece simptomele depresive din tulburarea de adaptare nu satisfac criteriile pentru episodul depresiv major.

## Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Depresivă Postpsihotică a Schizofreniei

A. Sunt satisfăcute criteriile pentru un episod depresiv major.

Notă: Episodul depresiv major trebuie să includă criteriul A: dispoziția depresivă. A nu se include simptome care sunt explicate mai bine ca efecte secundare ale unui medicament ori ca simptome negative de schizofrenie.

B. Episodul depresiv major este suprapus peste, și survine numai în cursul fazei reziduale a schizofreniei.

C. Episodul depresiv major nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe ori ale unei condiții medicale generale.

# Tulburarea Deteriorativă Simplă (Schizofrenia Simplă)

## Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie dezvoltarea de simptome negative notabile, care reprezintă o modificare clară de la o linie de bază prestabilită. Aceste simptome sunt suficient de severe pentru a duce la un declin considerabil în funcționarea profesională sau școlară. Dacă au fost vreodată prezente simptome psihotice pozitive (de ex., halucinații, idei delirante, limbaj dezorganizat, comportament dezorganizat, comportament catatonic), acestea nu au fost notabile. Acest pattern trebuie luat în considerație numai după ce toate celelalte cauze posibile de deteriorare au fost excluse, adică, tabloul clinic nu este explicat mai bine de tulburarea de personalitate schizotipală sau schizoidă, de o tulburare psihotică, afectivă sau anxioasă, de o demență sau retardare mentală, iar simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau condiții medicale generale. Există o dezvoltare insidioasă și progresivă a simptomelor negative în decursul unei perioade de cel puțin un an, începând din adolescență sau mai târziu. Răspunsurile emoționale devin obtuze, superficiale, plate și vide. Limbajul este redus în cuvinte și sensuri. Există o modificare netă de „personalitate", cu o pierdere considerabilă a raportului interpersonal. Relațiile afective își pierd căldura și reciprocitatea, interacțiunea socială devine în general dificilă și duce la izolare și retragere. Inițiativa face loc apatiei iar ambiția, avoliției. Pierderea interesului se extinde la detaliile cotidiene ale **autoîngrijirii**. Persoana poate părea uitucă și distrată. Aptitudinile școlare sau profesionale sunt pierdute, ducând la un pattern de servicii simple, scurte, și șomaj frecvent.

## Elemente asociate

Pot fi prezente oricare dintre elementele tulburării de personalitate schizoide sau schizotipale. Cele mai frecvente sunt particularitățile vestimentare și de comportament, delăsarea în materie de igienă, interes excesiv pentru idei stranii ori experiențe perceptive insolite, cum ar fi iluziile. Această tulburare propusă poate surveni la adolescenții și adulții de ambele sexe. Nu există estimări valabile ale prevalenței și incidenței, dar este clar că tulburarea este rară. Evoluția, cel puțin în primii ani, este progresiv agravantă, cu deteriorarea notabilă a funcționării. Această deteriorare a funcționării amintește evoluția caracteristică a schizofreniei și distinge această condiție de tulburările de personalitate schizoidă și schizotipală. Pot apare simptome care satisfac criteriul A pentru schizofrenie, moment în care diagnosticul este schimbat cu cel de schizofrenie. În aceste cazuri, acest pattern apare ca fiind un prodrom prelungit de schizofrenie. În alte cazuri acest pattern diminuă în severitate, așa cum se întâmplă în schizofrenie. Pentru majoritatea indivizilor, evoluția este continuă, cu deteriorare survenind în primii ani după simptomele prodromale și menținându-se apoi în platou spre o capacitate funcțională marginală și redusă, dar stabilă.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, indivizii, al căror tablou clinic satisface aceste criterii pentru cercetare, trebuie să fie diagnosticați ca având **tulburare mentală nespecificată**.

Acest pattern trebuie luat în considerație numai după ce toate celelalte cauze posibile de deteriorare a funcționării au fost excluse. Acest pattern se distinge de tulburările incluse în secțiunea „Schizofrenia și alte tulburări psihotice" prin absența simptomelor psihotice pozitive notabile. Aceste tulburări includ **schizofrenia, tulburarea schizoafectivă, tulburarea psihotică scurtă, tulburarea delirantă, tulburarea psihotică indusă și tulburarea psihotică fără altă specificație**, toate necesitând cel puțin un simptom pozitiv pentru o anumită perioadă de timp. Această tulburare propusă se distinge de **tulburările de personalitate schizoidă și schizotipală** ca și de alte tulburări de personalitate prin cerința unei modificări clare de personalitate și a unei deteriorări semnificative în funcționare. Din contra, tulburările de personalitate reprezintă patternuri durând toată viața, fără deteriorare progresivă. **Tulburările afective** pot mima apatia și anhedonia tulburării deteriorative simple, dar într-o tulburare afectivă este experientat un afect depresiv (tristețe, disperare, abandon, culpă dureroasă), iar evoluția tinde a fi episodică. În afară de aceasta, în tulburarea deteriorativă simplă, există un sentiment mai curând de vid decât de durere sau de dispoziție depresivă notabilă, iar evoluția este continuă și progresivă. Poate fi mai dificilă distincția de **tulburarea distimică**, în care evoluția poate fi, de asemenea, continuă și în care simptomele vegetative și dispoziția depresivă pot mima **dependența cronică de o substanță** și trebuie luată în considerație numai dacă modificarea de personalitate și deteriorarea preced uzul extins de o substanță. **Modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale** se distinge prin prezența unei condiții medicale generale etiologice. Deteriorarea cognitivă a tulburării deteriorative simple poate fi confundată cu **retardarea mentală** sau cu **demența**. Retardarea mentală se distinge prin debutul său tipic în perioada de sugar sau în copilărie. Demența se distinge prin prezența unei condiții medicale generale ori a uzului unei substanțe, ca factor etiologic.

Cel mai dificil diagnóstic diferențial este, poate, cu **nici o tulburare mentală**. Tulburarea deteriorativă simplă face adesea ca o persoană să devină un membru marginal al societății. Aceasta nu înseamnă însă, că membrii marginali ai societății au în mod necesar această tulburare propusă. Elementele definitorii ale tulburării deteriorative simple implică simptome negative, care par a fi pe un continuum cu normalitatea mai mult decât sunt simptomele pozitive și care pot fi mimate de o diversitate de factori (vezi discuția referitoare la chestiunea în cauză, în secțiunea „Schizofrenia", pag. 301). De aceea, se recomandă o atenție specială pentru a nu utiliza această tulburare propusă prea larg.

### Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Deteriorativă Simplă (Schizofrenia Simplă)

A. Dezvoltarea progresivă în decursul unei perioade de cel puțin un an a oricăruia dintre cele ce urmează :

(1) declin marcat în funcționarea profesională sau școlară apariția graduală și crescând în intensitate a simptomelor negative, cum ar fi aplatizarea afectivă, alogia și avoliția;
(2) raporturi interpersonale reduse, izolare sau retragere socială.

B. Criteriul A pentru schizofrenie nu a fost satisfăcut niciodată.

C. Simptomele nu sunt explicate mai bine de tulburarea de personalitate schizotipală sau schizoidă, de o tulburare psihotică, tulburare afectivă, tulburare anxioasă, demență sau retardare mentală și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale.

## Tulburarea Disforică Premenstruală

### Elemente caracteristice

Elementele esențiale sunt simptome, cum ar fi dispoziția depresivă, anxietatea și labilitatea afectivă marcată, și scăderea interesului pentru anumite activități. Aceste simptome au survenit cu regularitate în cursul ultimei săptămâni a fazei luteale, în cele mai multe cicluri menstruale din cursul anului trecut. Simptomele încep să se remită în câteva zile după debutul menstruației (faza foliculară) și sunt totdeauna absente în săptămâna care urmează menstruației.

Cinci (sau mai multe) din următoarele simptome trebuie să fi fost prezente cea mai parte a timpului în cursul ultimei săptămâni a fazei luteale, cel puțin unul dintre simptome fiind unul din primele patru: 1) sentiment de tristețe, de disperare sau de autodepreciere, 2) senzație de tensiune, anxietate sau de „nervozitate", 3) labilitate marcată a dispoziției interferând cu plâns frecvent, 4) iritabilitate persistentă, mânie și conflicte interpersonale sporite, 5) scăderea interesului pentru activitățile uzuale, care poate fi asociată cu retragerea din relațiile sociale, 6) dificultate în concentrare, 7) senzația de fatigabilitate, letargie sau de lipsă de energie, 8) modificare marcată a apetitului, care poate fi asociată cu **mâncatul compulsiv** sau cu dorința ardentă de anumite mâncăruri, 9) hipersomnie sau insomnie, 10) senzația subiectivă de a fi depășită sau că a scăpat situația de sub control și 11) simptome somatice, cum ar fi durerea sau mărirea de volum a sânilor, cefalee sau senzația de „balonare", sau de luat în greutate, cu strâmtarea îmbrăcămintii, pantofilor ori inelelor. Pot exista, de asemenea, dureri articulare sau musculare. Simptomele pot fi însoțite de idei de suicid.

Acest pattern de simptome trebuie să fi survenit în cursul celor mai multe dintre cele 12 luni anterioare. Simptomele dispar complet scurt timp după debutul menstruației. Cel mai tipic pattern pare a fi cel al disfuncției din cursul săptămânii anterioare menstruațiilor și care se termină la jumătatea menstruațiilor. Atipic,

unele femei au astfel de simptome timp de câteva zile în apropierea ovulației; un număr redus de femei cu cicluri scurte pot, prin urmare, să nu prezinte simptome decât o săptămână pe ciclu.

De regulă, simptomele sunt de severitate (dar nu și de durată) comparabilă cu cele ale episodului depresiv major și trebuie să cauzeze o deteriorare evidentă și marcată în capacitatea de a funcționa social sau profesional, în săptămâna anterioară menstruațiilor. Deteriorarea în funcționarea socială se poate manifesta prin discordie maritală și probleme cu amicii și familia. Este foarte important să nu se confunde problemele maritale, durând de mult timp, sau problemele de serviciu, cu disfuncția care survine numai premenstrual. Există un mare contrast între sentimentele depresive ale femeilor și dificultatea în funcționare din cursul acestor zile, și dispoziția și capacitățile lor din restul lunii. Aceste simptome pot fi suprapuse peste o altă tulburare, și nu sunt doar o exacerbare a simptomelor altei tulburări, cum ar fi tulburarea depresivă majoră, panica sau tulburarea distimică ori o tulburare de personalitate. Prezența unui pattern ciclic al simptomelor trebuie să fie confirmată prin evaluări ulterioare zilnice ale simptomelor, cel puțin 2 luni consecutive. Evaluările zilnice ale simptomelor trebuie să fie făcute de femeie, dar pot fi făcute, de asemenea, și de altcineva care trăiește împreună cu ea. Este important ca aceste jurnale să fie ținute pe baza însemnărilor zilnice, mai curând decât compuse retrospectiv din memorie.

## Elemente asociate

Frecvent există un istoric de tulburări afective și anxioase anterioare. Idei delirante și halucinații au fost descrise în faza luteală tardivă a ciclului menstrual, dar sunt foarte rare. Nu se știe însă dacă acestea reprezintă o exacerbare a unei tulburări mentale preexistente sau sunt simptome ale tulburării disforice premenstruale. Simptomele somatice și afective survenind premenstrual tind a se transmite în familie, fiind, cel puțin în parte, ereditare.

Deși femeile cu o combinație de dismenoree (mentruații dureroase) și tulburare disforică premenstruală este oarecum foarte posibil să solicite tratament mai mult decât femeile cu numai una dintre aceste condiții, cele mai multe femei cu oricare din aceste condiții nu au o au pe cealaltă. O gamă largă de condiții medicale se pot înrăutăți în faza premenstruală sau luteală (de ex., migrena, astmul, alergiile și crizele epileptice). Nu există teste de laborator specifice care să fie diagnostice pentru perturbare. Însă, în mai multe studii preliminare mici, anumite date de laborator (de ex., patternurile de secreție ale serotoninei și melatoninei, datele EEG de somn) au fost notate ca fiind anormale la grupele de femei cu această tulburare propusă, în comparație cu subiecții de control.

Se estimează că cel puțin 75% dintre femei relatează modificări premestruale minore sau izolate. Studii limitate sugerează o apariție a „sindromului premenstrual" (definit diferit) la 20%—50% dintre femei și că 3%–5% dintre femei experientează simptome care pot satisface criteriile pentru această tulburare propusă. Există foarte puține studii sistematice asupra evoluției și stabilității acestei condiții. Simptomele premenstruale pot debuta la orice etate după menarhă. Deși majoritatea femeilor ale căror simptome satisfac criteriile de diagnostic pentru cercetare pentru această tulburare propusă și care participă la studiile de cercetare sunt în prima parte a anilor lor '30, femeile aflate în perioada reproductivă relatează premenstrual simptome semnificative clinic. Deși simptomele nu survin în mod

necesar în fiecare ciclu, ele sunt prezente în majoritatea ciclurilor. În unele luni, simptomele pot fi mai severe decât în altele. Femeile relatează că, de regulă, simptomele lor se agravau pe măsură ce avansau în etate și s-au amendat la începutul menopauzei.

## Diagnostic diferențial

În DSM IV, femeile al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare trebuie să fie diagnosticate ca având **tulburare depresivă fără altă specificație.**

Modificările afective tranzitorii pe care le experientează multe femei în jurul perioadei lor menstruale nu trebuie considerate tulburare mentală. Tulburarea disforică premenstruală trebuie luată în considerație numai când simptomele interferează considerabil cu activitatea profesională sau școlară, ori cu activitățile sociale uzuale și relațiile cu ceilalți (de ex., evitarea activităților sociale, scăderea productivității și eficienței în activitatea profesională sau școlară). Tulburarea disforică premenstruală poate fi distinsă de departe mult mai frecventul **„sindrom premenstrual "** prin utilizarea evaluărilor zilnice ulterioare și a criteriilor stricte menționate mai jos. Ea diferă de „sindromul premenstrual" prin patternul său caracteristic de simptome, prin severitatea lor și deteriorarea care rezultă.

Tulburarea disforică premenstruală trebuie să fie distinsă de **exacerbarea premenstruală a unor tulburări mentale curente** (de ex., tulburări afective, anxioase, somatoforme, bulimie nervoasă, tulburări ale uzului de o substanță și tulburări de personalitate). În astfel de situații (care sunt de departe mai frecvente decât tulburarea disforică premenstruală), există o agravare premenstruală a simptomelor, dar simptomele persistă de la un capăt la altul al ciclului menstrual. Deși această condiție nu trebuie să fie luată în considerație la femeile care experientează numai o exacerbare premenstruală a altei tulburări mentale, ea poate fi avută în vedere, pe lângă diagnosticul altei tulburări mentale curente, dacă femeia experientează simptome și modificări în nivelul de funcționare, care sunt caracteristice tulburării disforice premenstruale și diferă considerabil de simptomele experientate ca parte a tulburării care continuă să evolueze.

Unele femei cu **condiții medicale generale** pot prezenta disforie și fatigabilitate, care sunt exacerbate în cursul perioadei premenstruale. Exemplele includ crizele epileptice, tulburările tiroidiene și alte tulburări endocrine, cancerul, lupusul eritematos sistemic, anemiile, endometrioza și diverse infecții. Trebuie să fie făcute încercări pentru a distinge aceste condiții medicale generale de tulburarea disforică premenstruală prin istoric, teste de laborator și examen somatic.

## Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Disforică Premenstruală

A. În cele mai multe cicluri menstruale din cursul anului trecut, cinci (sau mai multe) dintre următoarele simptome au fost prezente cea mai mare parte a timpului în cursul ultimei săptămâni a fazei luteale, au început să se remită în decurs de câteva zile după debutul fazei foliculare, și au fost absente în săptămâna postmenstruală, cu cel puțin unul dintre simptome fiind fie (1), (2), (3) sau (4):

(1) dispoziție depresivă, sentimente de disperare sau idei de subestimare marcate;
(2) anxietate, tensiune, sentimentul de stat „ca pe ghimpi" sau „ca pe jeratic" marcate;
(3) labilitate afectivă marcată (de ex., a se simți brusc tristă sau că îi dau lacrimile ori sensibilitate crescută la rejecție;
(4) mânie sau iritabilitate marcată și persistentă sau conflicte interpersonale intense;
(5) scăderea interesului pentru activitățile uzuale (de ex., serviciu, școală, amici, hobby-uri;
(6) senzația subiectivă de dificultate în concentrare;
(7) letargie, fatigabilitate rapidă sau lipsă marcată de energie;
(8) modificare marcată a apetitului, mâncat excesiv sau dorința ardentă de anumite alimente;
(9) hipersomnie sau insomnie;
(10) senzația subiectivă că este depășită sau că a scăpat situația de subcontrol;
(11) alte simptome somatice, cum ar fi durerea sau congestia sânilor, cefalee, durere articulară sau musculară, senzația de „balonare", plus ponderal.

**Notă:** La femeile menstruate, faza luteală corespunde perioadei dintre ovulație și debutul menstruației, iar faza foliculară începe cu menstruația. La femeile nonmenstruate, (de ex., la cele care au fost histerectomizate), orariul fazelor luteală și foliculară poate necesita dozarea hormonilor reproductivi circulanți).

B. Perturbarea interferează considerabil cu activitățile profesională, școlară sau socială și relațiile cu alții (de ex., evitarea activităților sociale, scăderea productivității și eficienței în muncă sau la școală).

C. Perturbarea nu este pur și simplu o exacerbare a simptomelor altei tulburări, cum ar fi tulburarea depresivă majoră, panica, distimia sau o tulburare de personalitate (deși ea poate fi suprapusă peste oricare dintre aceste tulburări).

D. Criteriile A, B și C trebuie să fie confirmate de evaluările zilnice ulterioare din cursul a cel puțin două cicluri simptomatologice consecutive. (Diagnosticul poate fi pus provizoriu înaintea acestei confirmări).

## Criteriul B alternativ pentru Tulburarea Distimică

Au existat unele controverse referitoare la simptomele care definesc cel mai bine tulburarea distimică. Rezultatele testării în teren a tulburărilor afective din DSM-IV sugerează că următoarea versiune alternativă a criteriului B poate fi mai caracteristică tulburării distimice decât versiunea criteriului B care figura în DSM-III-R

și care este prezentă și în DSM-IV. S-a decis însă, că mai este necesară colectarea de date suplimentare confirmante, înainte ca acești itemi să fie încorporați în definiția oficială a tulburării distimice.

### Criteriul B de cercetare alternativ pentru Tulburarea Distimică

B. Prezența, în timp ce este depresiv, a trei (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) stimă de sine sau încredere în sine redusă sau sentimente de insuficiență;
(2) sentimente de pesimism , disperare sau demoralizare;
(3) pierderea generalizată a interesului sau plăcerii;
(4) retragere socială;
(5) fatigabilitate sau extenuare cronică;
(6) sentimente de culpă, ruminații despre trecut;
(7) sentimente subiective de iritabilitate mânie excesivă;
(8) reducerea activității, eficienței sau productivității;
(9) dificultate în gândire, reflectată prin concentrare insuficientă, memorie deficitară sau indecizie.

## Tulburarea Depresivă Minoră

### Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie una sau mai multe perioade de simptome depresive, care sunt identice cu episoadele depresive majore ca durată, dar care implică mai puține simptome și o deteriorare mai redusă. Un episod implică, fie dispoziție tristă sau „depresivă", fie pierderea interesului sau plăcerii pentru aproape toate activitățile. În total, trebuie să fie prezente cel puțin două, dar mai puțin de cinci simptome adiționale. Vezi textul pentru episodul depresiv major (pag. 349) pentru o descriere mai detaliată a simptomelor caracteristice. La debutul episodului, simptomele sunt fie de curând prezente, ori trebuie să fie clar agravate, în comparație cu starea preepisodică a persoanei. În cursul episodului, aceste simptome cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională ori în alte domenii de funcționare importante. La unii indivizi, funcționarea poate fi aproape normală, dar este îndeplinită cu un efort semnificativ crescut.

Un număr de tulburări exclud luarea în considerație a acestei tulburări propuse. Nu a existat niciodată un episod depresiv major, maniacal, mixt sau hipomaniacal, și nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea distimică sau ciclotimică. Perturbarea afectivă nu survine exclusiv în schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea schizoafectivă, tulburarea delirantă sau tulburarea psihotică fără altă specificație.

### Elemente asociate

Prevalența acestei tulburări propuse, așa cum este definită aici, este neclară, dar ea poate fi relativ frecventă, în special în unitățile de asistență medicală primară și

de sănătate mentală cu regim de ambulatoriu. Un număr de condiții medicale generale (de ex., ictusul, cancerul și diabetul) par a fi asociate cu această tulburare. Studiile familiale sugerează o creștere a acestui pattern de simptome printre rudele probanzilor cu tulburare depresivă majoră.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, indivizii, al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare, trebuie diagnosticați ca având **tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă**, dacă simptomele depresive survin ca răspuns la un stresor psihosocial, altfel, diagnosticul corespunzător este cel de **tulburare depresivă fără altă specificație.**

Un episod de tulburare depresivă minoră se distinge de un episod depresiv major prin numărul de simptome cerute (două până la patru simptome pentru tulburarea depresivă minoră și cel puțin cinci simptome pentru episodul depresiv major). Această tulburare propusă este considerată a fi o categorie reziduală și nu trebuie utilizată dacă exista un istoric de **episod depresiv major, maniacal, mixt** sau **hipomaniacal**, ori dacă tabloul clinic satisface criteriile pentru **tulburarea distimică** sau **tulburarea ciclotimică**. Simptomele care satisfac criteriile pentru tulburarea depresivă minoră pot fi cu dificultate distinse de perioadele de tristețe care sunt parte inerentă a vieții cotidiene. Această tulburare propusă cere ca simptomele depresive să fie prezente cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, timp de cel puțin 2 săptămâni. În afară de aceasta, simptomele depresive trebuie să cauzeze detresă sau deteriorare semnificativă clinică. Simptomele depresive, care apar ca răspuns la pierderea unei ființe iubite, sunt considerate **doliu** (exceptând cazul în care ele satisfac criteriile pentru un episod depresiv major, vezi pag. 349). **Tulburarea afectivă indusă de o substanță** se distinge de această tulburare prin aceea că simptomele depresive se datorează efectelor fiziologice directe ale unui drog de abuz (de ex., alcool sau cocaină) ori efectelor secundare ale unui medicament (de ex., steroizii) (vezi pag. 405). **Tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale** se distinge de această perturbare prin aceea că simptomele depresive se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul) (vezi pag. 401). Deoarece simptomele depresive sunt frecvent elemente asociate ale tulburărilor psihotice, ele nu sunt diagnosticate separat, dacă survin exclusiv în cursul **schizofreniei, tulburării schizofreniforme, tulburării schizoafective, tulburării delirante** sau **tulburării psihotice fără altă specificație.** Relația dintre această tulburare propusă și diverse alte categorii propuse incluse în această anexă (respectiv, tulburarea depresivă recurentă scurtă, tulburarea de personalitate depresivă și tulburarea depresiv-anxioasă mixtă) și cu alte tulburări de personalitate nu este cunoscută, dar poate exista o suprapunere considerabilă între ele.

## Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Depresivă Minoră

A. O perturbare afectivă definită după cum urmează:

(1) cel puțin două (dar mai puțin decât cinci) dintre următoarele simptome au fost prezente în cursul aceleiași perioade de două săptămâni și reprezintă o modificare de la funcționarea anterioară; cel puțin unul dintre simptome este fie (a) sau (b):

(a) dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi, după cum este indicat fie de relatarea subiectului (trist), fie de observația făcută de alții (de ex., este înlăcrimat). **Notă**: la copii și adolescenți, dispoziția poate fi iritabilă;

(b) diminuare marcată a interesului sau plăcerii pentru toate sau aproape toate activitățile, cea mai mare parte a zilei, aproape în fiecare zi (după cum este indicat fie de relatarea subiectului, fie de observațiile făcute de alții);

(c) pierdere semnificativă în greutate când nu ține dietă sau plus ponderal (de ex., o modificare cu mai mult de 5% din greutatea corpului în decurs de o lună) ori scăderea sau creșterea apetitului aproape în fiecare zi. **Notă**: la copii se ia în considerație incapacitatea de a lua în greutate plusul așteptat;

(d) insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi;

(e) agitație sau lentoare psihomotorie aproape în fiecare zi (observabilă de către alții și nu simpla senzație de neliniște sau de a fi mai lent);

(f) fatigabilitate sau lipsă de energie aproape în fiecare zi;

(g) sentimente de devalorizare ori de culpă excesivă sau inadecvată (care poate fi delirantă) aproape în fiecare zi ( nu simplul autoreproș sau culpă referitoare la faptul de a fi suferind);

(h) diminuarea capacității de a gândi sau de a se concentra sau indecizie aproape în fiecare zi (fie relatată de subiect ori observată de alții);

(i) gânduri recurente de moarte (nu doar frica de a nu muri), ideație suicidară recurentă fără un plan specific anume ori o tentativă de suicid sau un plan anume de a comite suicidul;

(2) simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante;

(3) simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau unei condiții medicale generale (de ex., hipotiroidismul);

(4) simptomele nu sunt explicate mai bine de doliu (adică, de reacția normală la moartea unei ființe iubite.

B. Nu a existat niciodată un episod depresiv major (vezi pag. 356) și nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea distimică.

C. Nu a existat niciodată un episod maniacal (vezi pag. 362), un episod mixt (vezi pag. 365) sau un episod hipomaniacal (vezi pag. 368) și nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea ciclotimică). **Notă** : această excludere nu se aplică dacă oricare dintre episoadele similare episoadelor maniacal, mixt sau hipomaniacal sunt induse de o substanță sau de tratament.

D. Perturbarea afectivă nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, tulburării schizofreniforme, tulburării schizoafective, tulburării delirante sau tulburării psihotice fără altă specificație.

# Tulburarea Depresivă Scurtă Recurentă

## Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie recurența unor episoade scurte de simptome depresive, care sunt identice cu episoadele depresive majore ca număr și severitate a simptomelor, dar care nu satisfac cererea unei durate de două săptămâni. Vezi textul pentru episodul depresiv major (pag. 349), pentru o descriere mai detaliată a simptomelor caracteristice. Episoadele durează cel puțin două zile, dar mai puțin de două săptămâni, de regulă având o durată între două și patru zile. Episoadele trebuie să survină cel puțin o dată pe lună o perioadă de 12 luni consecutive și nu trebuie să fie asociate exclusiv cu ciclul menstrual. Episoadele depresive scurte trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante. La unii indivizi, funcționarea poate fi aproape normală, dar este îndeplinită cu un efort crescut în mod semnificativ.

Un număr de tulburări exclude luarea în considerație a acestei tulburări propuse. Nu a existat niciodată un episod depresiv major, maniacal, mixt sau hipomaniacal, și nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea distimică sau ciclotimică. Perturbarea afectivă nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, tulburării schizofreniforme, tulburării schizoafective, tulburării delirante sau tulburării psihotice fără altă specificație.

## Elemente asociate

Patternul comorbidității curente sau pe viață pare a fi similar cu cel al tulburării depresive majore. Tulburările asociate pot include tulburările în legătură cu o substanță și tulburările anxioase. Episoadele pot urma un pattern sezonier. Prevalența pe un an a acestei tulburări propuse a fost raportată a fi de aproximativ 7% (deși aceasta a fost asociată adesea cu alte tulburări mentale precizate). Bărbații și femeile par a experienta în egală măsură episoadele depresive recurente scurte, iar cea mai tipică etate la debut pare a fi în adolescență. Tentativele de suicid sunt cea mai serioasă complicație. Rata tulburărilor depresive este crescută la rudele biologice de gradul I ale indivizilor care au episoade depresive scurte recurente.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, indivizii, al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare, trebuie să fie diagnosticați ca având **tulburare depresivă fără altă specificație.**

Un episod de tulburare depresivă scurtă se distinge de un **episod depresiv major**, prin durata episodului (2–13 zile pentru episodul depresiv scurt și 2 săptămâni sau mai mult pentru episodul depresiv major). Tulburarea depresivă scurtă recurentă este considerată o categorie reziduală și nu trebuie să fie utilizată dacă există un istoric de **episod depresiv major, episod maniacal, episod mixt** sau **episod hipomaniacal**, ori dacă sunt satisfăcute criteriile pentru **tulburarea ciclotimică** sau **tulburarea distimică**. **Tulburarea afectivă indusă de o substanță** se distinge de această perturbare prin aceea că simptomele depresive se datorează efectelor fiziologice directe ale unui drog de abuz (de ex., alcoolul sau cocaina) ori efectelor secundare ale unui medicament (de ex., steroizii) (vezi pag. 405). **Tulburarea afectivă datorată unei condiții medicale generale** se distinge de

această perturbare prin aceea că simptomele se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (de ex., hipertiroidismul) (vezi pag. 401). Deoarece simptomele depresive sunt simptome asociate comune ale tulburărilor psihotice, ele nu sunt diagnosticate separat dacă survin exclusiv în cursul **schizofreniei, tulburării schizofreniforme, tulburării schizoafective, tulburării delirante** sau **tulburării psihotice fără altă specificație**. Tulburarea depresivă scurtă recurentă are unele elemente comune cu **tulburarea de personalitate bordeline** (adică, ambele tulburări prezintă simptome depresive episodice și scurte, cum ar fi ideația suicidară sau tristețea). În cazurile în care, atât o tulburare de personalitate, cât și această tulburare propusă sunt prezente, ambele pot fi menționate (cu tulburarea depresivă scurtă recurentă notată ca tulburare depresivă fără altă specificație). Relația dintre această tulburare propusă și multe alte categorii propuse incluse în această anexă (adică, tulburarea depresivă minoră, tulburarea de personalitate depresivă și tulburarea depresiv-anxioasă mixtă) și cu alte tulburări de personalitate nu este cunoscută, dar între ele pot exista suprapuneri substanțiale.

## Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Depresivă Scurtă Recurentă

A. Sunt satisfăcute criteriile pentru episodul depresiv major, cu excepția duratei (vezi pag. 356).

B. Perioadele depresive de la criteriul A durează cel puțin 2 zile, dar mai puțin de 2 săptămâni.

C. Perioadele depresive survin cel puțin odată pe lună, timp de 12 luni consecutiv și nu sunt asociate cu ciclul menstrual.

D. Perioadele de depresie cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante.

E. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale (de ex., hipotiroidism).

F. Nu a existat niciodată un episod depresiv major (vezi pag. 356) și nu satisface criteriile pentru tulburarea distimică.

G. Nu a existat niciodată un episod maniacal (vezi pag. 362), un episod mixt (vezi pag. 365) sau un episod hipomaniacal (vezi pag. 368) și nu sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea ciclotimică. Notă: Această excludere nu se aplică dacă oricare dintre episoadele similare episoadelor maniacale, mixte sau hipomaniacale sunt induse de o substanță sau de tratament.

H. Perturbarea afectivă nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, tulburării schizofreniforme, tulburării schizoafective, tulburării delirante sau tulburării psihotice fără altă specificație.

# Tulburarea Depresiv-Anxioasă Mixtă

## Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie o dispoziție disforică recurentă sau persistentă care durează cel puțin o lună. Dispoziția disforică se însoțește de simptome adiționale care trebuie să persiste, de asemenea, cel puțin o lună, și includ cel puțin patru din următoarele: dificultăți în concentrare sau memorie, perturbarea somnului, fatigabilitate sau energie scăzută, iritabilitate, aprehensiune, ușor de mișcat până la lacrimi, hipervigilitate, așteptarea a tot ce este mai rău, disperare sau pesimism în legătură cu viitorul, stima de sine scăzută sau sentimentul de inutilitate. Simptomele trebuie să cauzeze o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante. Această tulburare propusă nu trebuie să fie luată în considerație, dacă simptomele se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau condiții medicale generale, ori dacă sunt satisfăcute criteriile pentru tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică, panică sau anxietatea generalizată. De asemenea, diagnosticul nu se pune, dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile pentru oricare altă tulburare anxioasă sau depresivă, chiar dacă tulburarea anxioasă sau depresivă este în remisiune parțială. Simptomele, de asemenea, nu trebuie să fie explicate mai bine de vreo altă tulburare mentală. Fapt important, relația longitudinală dintre această tulburare propusă și alte tulburări depresive și anxioase nu este cunoscută. Ca atare nu este clar în ce proporție de indivizi acest pattern de simptome (adică, tulburarea depresiv anxioasă mixtă) poate fi un factor de risc pentru altă tulburare mentală cum ar fi tulburarea depresivă majoră, anxietatea generalizată sau panica.

Ratele prevalenței curente merg de la 1,3% la 2% în condiții de asistență medicală primară. În eșantioanele populaționale, rata prevalenței curente a fost estimată la 0,8%. De asemenea, s-a constatat că tulburarea depresiv-anxioasă mixtă este foarte frecventă în puținele unități de sănătate mentală în care a fost studiată.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, indivizii, al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare, trebuie să fie diagnosticați ca având **tulburare anxioasă fără altă specificație.**

**Tulburarea anxioasă indusă de o substanță** se distinge de această perturbare prin aceea că simptomele disforiei sunt datorate efectelor fiziologice directe ale unui drog de abuz (de ex., alcoolul sau cocaina), ori efectelor secundare ale unui medicament (de ex., steroizii) (vezi pag., 479). **Tulburarea anxioasă datorată unei condiții medicale generale** se distinge de această perturbare prin aceea că simptomele de disforie sunt datorate efectelor fiziologice generale ale unei condiții medicale generale (de ex., feocromocitomul, hipertiroidismul) (vezi pag., 476). Simptomele descrise în această prezentare sunt frecvent **elemente asociate ale multor tulburări mentale** și de aceea nu trebuie să fie diagnosticate separat, dacă sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală. Această condiție nu trebuie luată în considerație la indivizii cu un istoric anterior sau actual de **tulburare depresivă majoră, tulburare distimică, panică sau anxietate generalizată** ori cu vreo altă tulburare afectivă sau anxioasă curentă (inclusiv cele în remisiune parțială). Această prezentare se distinge, de asemenea, de nici o tulburare mentală prin faptul că simptomele sunt persistente sau recurente și cauzează o detresă sau

deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante.

Relația dintre această tulburare propusă și diverse alte categorii propuse incluse în această anexă (adică, tulburarea depresivă minoră, tulburarea depresivă scurtă recurentă și tulburarea de personalitate depresivă) și alte tulburări de personalitate nu este cunoscută, dar poate exista o suprapunere substanțială între ele.

### Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Depresiv Anxioasă Mixtă

A. Dispoziție disforică recurentă sau persistentă durând cel puțin 1 lună.

B. Dispoziția disforică este acompaniată timp de cel puțin 1 lună de patru (sau mai multe) dintre următoarele simptome:

(1) dificultate în concentrare sau senzația de vid mental;
(2) perturbare de somn (dificultate în a adormi sau în a rămâne adormit, ori somn agitat, nesatisfăcător;
(3) fatigabilitate sau energie scăzută;
(4) iritabilitate;
(5) aprehensiune;
(6) ușor de mișcat până la lacrimi;
(7) hipervigilitate;
(8) se așteaptă la tot ce este mai rău;
(9) disperare (pesimism pervaziv în legătură cu viitorul;
(10) stimă de sine scăzută sau sentimente de inutilitate.

C. Simptomele cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte domenii de funcționare importante.

D. Simptomele nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament) sau ale unei condiții medicale generale.

E. Oricare dintre următoarele:

(1) nu au fost satisfăcute niciodată criteriile pentru tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică, panică sau anxietatea generalizată;
(2) actualmente nu sunt satisfăcute criteriile pentru oricare altă tulburare afectivă sau anxioasă (inclusiv o tulburare afectivă sau anxioasă, în remisiune parțială);
(3) simptomele nu sunt explicate mai bine de oricare altă tulburare mentală

## Tulburarea Factice prin Procură (by Proxy)

### Elemente caracteristice

Elementul esențial îl consituie producerea deliberată sau simularea de semne sau simptome somatice sau psihologice la altă persoană, care se află sub îngrijirea individului. De regulă, victima este un copil mic, iar făptuitorul (perpetrator – cel care

face sau comite) este mama copilului. Motivația pentru comportamentul făptuitorului se presupune a fi necesitatea psihologică de asumare a rolului de pacient prin procură. Incitațiile externe pentru comportament, cum ar fi avantajul economic, sunt absente. Comportamentul nu este explicat mai bine de altă tulburare mentală. Făptuitorul induce sau simulează maladia sau procesul morbid la victimă și prezintă apoi victima pentru asistență medicală, în timp ce neagă a avea vreo cunoștință despre etiologia reală a problemei. Condițiile cele mai frecvent simulate și induse includ vărsăturile persistente și diareea, stopul respirator, astmul, disfuncțiile sistemului nervos central (de ex., convulsiile, incoordonarea, pierderea cunoștinței), febra, infecția, sângerarea, distrofia, hipoglicemia, perturbările electrolitice și exantemul. Simularea de tulburări mentale la victimă este raportată mult mai puțin frecvent. Tipul și severitatea semnelor și simptomelor sunt limitate numai de cunoștințele medicale și posibilitățile făptuitorului. Cazurile sunt caracterizate adesea printr-o evoluție clinică atipică la pacient și rezultate discordante la testele de laborator, care sunt în contradicție cu starea de sănătate pretins alterată a victimei.

De regulă, victima este un copil preșcolar. Însă, pot fi utilizați ca victime și nounăscuții, adolescenții și adulții. La copiii mai mari, trebuie luată în considerație și posibilitatea colaborării cu făptuitorul în producerea semnelor și simptomelor. Făptuitorul primește un diagnostic de tulburare factice prin procură. Pentru victimă pot fi notate, dacă sunt adecvate, abuzul fizic de un copil (995.54) sau abuzul fizic de un adult (995.81). În eventualitatea colaborării voluntare, pentru colaborator poate fi adecvat un diagnostic adițional de tulburare factice.

## Elemente asociate

Pot fi prezenți stresori de viață, cum ar fi disfuncția familiară cronică. Făptuitorii pot prezenta minciună patologică (sau pseudologie fantastică) în descrierea experiențelor cotidiene și când prezintă victima pentru asistență medicală. Frecvent, ei au o experiență considerabilă în domeniile în legătură cu sănătatea și par a fi crescut într-un mediu medical. Ei sunt adesea indiferenți față de copii lor când nu realizează faptul că sunt observați. Victimele pot suferi o rată de morbiditate și mortalitate semnificativă, ca urmare a condițiilor induse sau problemelor asociate, cum ar fi complicațiile iatrogenice ale medicamente, testelor diagnostice și intervențiilor chirurgicale. Pe măsură ce se maturizează, victimele sunt expuse unui risc crescut de a prezenta ele însele tulburare factice sau probleme comportamentale sau emoționale care pot include dificultăți în atenție și în concentrare, deteriorarea performanțelor școlare sau simptome de stres posttraumatic. Făptuitorul este de regulă mama, tatăl nepărând a fi implicat. Uneori, însă, tatăl sau soțul poate colabora cu mama sau poate acționa singur. Făptuitorul poate fi, de asemenea, o altă persoană care se ocupă de copil (de ex., o baby-sitter, bunica sau mama vitregă). Făptuitorii pot avea un istoric de a fi fost maltratați. Pot fi prezente tulburări somatoforme și tulburări de personalitate.

Această tulburare propusă coexistă adesea cu tulburarea factice, care nu se manifestă atât timp cât făptuitorul poate induce sau simula o tulburare factice la victimă. Când sunt confruntați cu consecințele comportamentului lor, făptuitorii pot deveni depresivi și suicidari. Unii se supără pe specialiștii în sănătate mentală, neagă acuzațiile, încearcă să scoată victima din spital contrar avizului medical, și solicită tratament altor specialiști, aflați chiar la o distanță considerabilă. Făptuitorii pot fi confruntați cu acuzații penale mergând de la abuz la crimă. De regulă, făptuitorul se concentrează numai asupra unei singure victime odată, însă și alți frați (ai victimei) sau alți indivizi au fost sau pot deveni victime.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, un individ (adică făptuitorul), al cărui tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare, va fi diagnosticat ca având **tulburare factice fără altă specificație.**

Tulburarea factice prin procură trebuie să fie distinsă de o **condiție medicală generală** ori de o **tulburare mentală** la individul adus pentru tratament. Tulburarea factice prin procură trebuie să fie distinsă, de asemenea, de **abuzul fizic** sau de **abuzul sexual**, care nu este motivat de scopul de asumare indirectă a rolului de pacient. **Simularea** diferă de tulburarea factice prin procură, prin aceea că motivul pentru producerea simptomelor în simulare este o incitație externă, pe când în tulburarea factice incitațiile externe sunt absente. Indivizii cu simulare pot solicita spitalizare pentru un individ aflat în îngrijirea lor prin producerea de simptome în tentativa de a obține o compensație.

### Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Factice prin Procură

A. Producerea intenționată sau simularea de semne sau simptome somatice sau psihologice la o altă persoană care se află sub îngrijirea individului.

B. Motivul comportamentului făptuitorului este acela de asumare a rolului de pacient prin procură.

C. Incitațiile externe pentru comportament (cum ar fi avantajul economic) sunt absente.

D. Comportamentul nu este explicat mai bine de altă tulburare mentală.

# Transa Disociativă

## Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie starea involuntară de transă, care nu este acceptată de cultura persoanei ca parte a practicii religioase sau culturale colective și care cauzează o detresă sau deteriorare funcțională semnificativă clinic. Această tulburare propusă nu trebuie luată în considerație la indivizii care intră în stări de transă sau de posesiune în mod voluntar și fără detresă, în contextul practicilor religioase și culturale care sunt larg acceptate de grupul cultural al persoanei. Astfel de stări nonpatologice și voluntare sunt frecvente și constituie imensa majoritate a stărilor de transă și de transă cu posesiune întâlnite transcultural. Unii indivizi însă, care trec prin stările de transă sau de transă cu posesiune normative cultural, pot prezenta simptome care cauzează detresă sau deteriorare, și deci pot fi luate în considerație în favoarea acestei tulburări propuse. Cazurile locale specifice de transă disociativă prezintă variații transculturale considerabile referitoare la natura exactă a comportamentelor efectuate în cursul stării alterate, prezența sau absența alterărilor senzoriale disociative (de ex., cecitatea), identitatea asumată în timpul acestor stări și gradul de amnezie experientată după starea alterată (pentru exemple, vezi glosarul sindromelor circumscrise cultural din anexa I, pag. 897).

În transă, pierderea identității normale nu este asociată cu apariția de identități alternative, iar acțiunile efectuate în cursul stării de transă nu sunt, în general complexe (de ex., mișcări convulsive, cădere, fugă). În transa cu posesiune, există apariția uneia sau a mai multor identități alternative distincte cu comportamente, memorii și atitudini caracteristice, iar activitățile efectuate de persoană tind a fi mai complexe (de ex., conversații coerente, gesturi, expresii faciale caracteristice și verbalizări specifice, care sunt stabilite cultural ca aparținând unui anumit agent posedant). Amnezia parțială sau totală este descrisă mai frecvent după un episod de transă cu posesiune decât după un episod de transă (deși descrierile de amnezie după transă nu sunt rare). Mulți indivizi cu această tulburare propusă prezintă elemente ale unui singur tip de transă, însă, unii prezintă o simptomatologie mixtă sau fluctuează între diverse tipuri de transă în timp, în funcție de parametrii culturali locali.

## Elemente asociate

Variante ale acestor condiții au fost descrise în aproape fiecare societate tradițională, pe fiecare continent. Prevalența pare a scădea odată cu creșterea industrializării, însă rămâne crescută printre minoritățile etnice din societățile industrializate. Există variații locale considerabile în etatea și modul de debut. Evoluția este de regulă episodică, cu durata variabilă a episodului acut, mergând de la câteva minute la câteva ore. S-a raportat că în cursul unei stări de transă, indivizii pot avea un prag crescut la durere, pot consuma materiale necomestibile (de ex., sticlă) și pot experienta o creștere a forței musculare. Simptomele transei patologice pot fi intensificate sau diminuate ca răspuns la stimuli ambientali și la sugestiile altora. Agenții posedanți presupuși sunt de regulă de natură spirituală (de ex., spiritele morților, entități supranaturale, zei, demoni) și sunt experientați adesea ca făcând cereri sau exprimând animozități. Indivizii cu transă cu posesiune patologică experientează de regulă un număr redus de agenți (între unul și cinci) într-o manieră secvențială, nu simultan. Complicațiile includ tentative de suicid, automutilări și accidente. Ca deznodământ posibil au fost raportate morți subite, datorate, poate, aritmiilor cardiace.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, indivizii, al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare, trebuie să fie diagnosticați ca având **tulburare disociativă fără altă specificație.**

Acest diagnostic nu trebuie pus dacă se consideră că starea de transă se datorează efectelor fiziologice directe ale unei condiții medicale generale (în care caz diagnosticul va fi cel de **tulburare mentală fără altă specificație datorată unei condiții medicale generale**, vezi pag. 190) ori ale unei substanțe (în care caz diagnosticul va fi cel de **tulburare în legătură cu o substanță fără altă specificație).**

Simptomele stării de transă (de ex., auzirea sau vederea de ființe spirituale și faptul de a fi controlat sau influențat de alții) pot fi confundate cu halucinațiile și ideile delirante din **schizofrenie, tulburarea afectivă cu elemente psihotice** sau **tulburarea psihotică scurtă.** Starea de transă poate fi distinsă prin congruența sa culturală, durata sa scurtă și absența simptomelor caracteristice ale acestor alte tulburări.

Indivizii cu **tulburare de identitate disociativă** pot fi distinși de cei cu simptome de transă și de posesiune prin faptul că cei cu simptome de transă și de posesiune descriu de regulă spirite sau entități externe care au intrat în corpul lor și îi posedă.

Această tulburare propusă nu trebuie să fie luată în considerație la indivizii care intră în stări de transă sau de posesiune în mod voluntar și fără detresă sau deteriorare în contextul practicilor religioase sau culturale.

### Criteriile de cercetare pentru Transa Disociativă

A. Fie (1) sau (2):

(1) transă, adică, alterare temporară marcată în starea de conștiență sau pierderea sentimentului uzual de identitate personală fără înlocuirea cu o identitate alternativă, asociată cu cel puțin unul dintre următoarele:
(a) îngustarea conștiinței ambianței imediate sau focalizarea selectivă și extrem de îngustă pe stimulii ambientali;
(b) mișcări sau comportamente stereotipe experientate ca fiind mai presus de controlul propriu;

(2) transă cu posesiune, o alterare unică sau episodică a stării de conștiență caracterizată prin înlocuirea sentimentului uzual de identitate personală printr-o nouă identitate. Aceasta este atribuită influenței unui spirit, puteri, zeități sau altei persoane, după cum este ilustrat de unul sau ambele dintre următoarele:
(a) mișcări sau comportamente determinate cultural și stereotipe care sunt experientate ca fiind controlate de agentul posedant;
(b) amnezie completă sau parțială pentru eveniment.

B. Transa sau starea de transă cu posesiune nu este acceptată ca parte normală a practicii religioase sau culturale colective.

C. Transa sau starea de transă cu posesiune cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea socială, profesională sau în alte arii de funcționare importante.

D. Transa sau starea de transă cu posesiune nu survine exclusiv în cursul unei tulburări psihotice (inclusiv tulburarea afectivă cu simptome psihotice și tulburarea psihotică scurtă) sau tulburarea de identitate disociativă și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau condiții medicale generale.

## Tulburarea Mâncatul Compulsiv

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale le constituie episoadele recurente de mâncat compulsiv, asociate cu indicatori comportamentali și subiectivi de deteriorare a controlului și detresă semnificativă în legătură cu mâncatul compulsiv, și absența uzului regulat al comportamentelor compesatorii inadecvate) cum ar fi vărsăturile autoprovocate, uzul abuziv de laxative și de alte medicamente, postul și exercițiile excesive) care sunt caracteristice bulimiei nervoase. Caracteristicile unui episod de mâncat compulsiv sunt discutate în textul pentru bulimia nervoasă (pag. 589). Indicatorii deteriorării controlului includ mâncatul foarte repede, mâncatul până se simte deranjant de plin,

mâncatul unor mari cantități de alimente fără a-i fi foame, mâncatul de unul singur, din cauza jenei în legătură cu cât de mult mănâncă, sentimentul de dezgust, culpă sau depresie după mâncatul compulsiv. Detresa marcată, cerută de diagnostic, include senzațiile neplăcute din cursul și după episoadele de mâncat compulsiv, precum și preocupările referitoare la efectul pe termen lung al episoadelor recurente de mâncat compulsiv asupra greutății corporale și a siluetei.

Episodele de mâncat compulsiv trebuie să survină, în medie, în cel puțin 2 zile pe săptămână, o perioadă de cel puțin 6 luni. Durata unui episod de mâncat compulsiv poate varia mult, mulți indivizi având dificultăți în a separa mâncatul compulsiv în episoade distincte. Cu toate acestea, ei au de regulă ceva dificultăți în a-și aminti dacă mâncatul compulsiv a survenit sau nu într-o anumită zi. Ca atare, se sugerează să se calculeze mai curând numărul de zile în care survine mâncatul compulsiv decât numărul de episoade de mâncat compulsiv, așa cum se procedează în punerea diagnosticului de bulimie nervoasă. Cercetarea viitoare trebuie să se adreseze și acestui aspect.

Simptomele nu survin exclusiv în cursul anorexiei nervoase sau al bulimiei nervoase. În afară de aceasta, deși un comportament compensator inadecvat (de ex., purgarea, postul sau exercițiul excesiv) poate surveni ocazional, el nu este utilizat de regulă spre a contracara efectele mâncatului compulsiv. Studiile de cercetare efectuate până acum diferă după modul cum au definit „uzul regulat de comportamente compesatorii inadecvate". Unele studii au pus semnul egalității între „regulat" și criteriul frecvenței de două ori pe săptămână al bulimiei nervoase și au considerat indivizii care se angajează în aceste comportamente mai puțin de două ori pe săptămână (dar nu mai rar decât odată pe săptămână) ca fiind indicați pentru diagnosticul de mâncat compulsiv. Alte studii au exclus indivizii care descriu orice uz de comportamente compesatorii inadecvate în cursul episoadelor de maladie. Cercetarea viitoare trebuie să se adreseze și acestui aspect.

## Elemente și tulburări asociate

Unii indivizi relatează că mâncatul compulsiv este declanșat de o dispoziție disforică, cum ar fi anxietatea sau depresia. Alții sunt incapabili să indentifice precipitanți specifici, însă, pot relata un sentiment nespecific de tensiune care este ușurat de mâncatul compulsiv. Indivizii descriu o calitate disociativă episoadelor de mâncat compulsiv (sentimentul de „indiferență" sau de „distanțare"). Unii indivizi mănâncă în tot cursul zilei, fără nici o planificare a orelor de masă..

Indivizii cu acest pattern de a mânca întâlniți în condiții clinice, au diverse grade de obezitate. Cei mai mulți au un lung istoric de eforturi repetate de a ține dietă și sunt disperați din cauza dificultății lor de a controla ingestia de alimente. Unii continuă să facă încercări de a-și restrânge aportul caloric, în timp ce alții au renunțat la orice efort de a ține dietă, din cauza eșecurilor repetate. În clinicile de control al greutății, indivizii cu acest pattern de a mânca sunt, în medie, mai obezi și au un istoric de mai multe fluctuații ponderale considerabile decât indivizii fără acest pattern. Pe eșantioanele comunitare de nonpacienți, cei mai mulți indivizi cu acest pattern sunt supraponderali (deși unii nu au fost niciodată supraponderali).

Indivizii cu acest pattern de a mânca pot relata că maniera lor de a mânca sau greutatea lor corporală interferează cu relațiile lor cu alți oameni, cu activitatea și cu capacitatea lor de a se simți bine în raport cu ei înșiși. În comparație cu indivizii de greutate egală, dar fără acest pattern de a mânca, ei raportează rate mai înalte de autodetestare, dezgust pentru dimensiunile corpului, depresie, anxietate,

preocupări somatice și sensibilitate interpersonală. Poate exista o prevalență pe viață mai mare a tulburării depresive majore, a tulburărillor în legătură cu o substanță și a tulburărilor de personalitate.

În eșantioanele extrase din programele de control al greutății, prevalența generală variază de la aproximativ 15% la 50% (cu o medie de 30%), femeile având de aproimativ 1,5 ori mai mult decât bărbații acest pattern de a mânca. Pe eșantioanele comunitare.de nonpacienți, a fost raportată o rată de prevalență de 0,7%–4%. Debutul mâncatului compulsiv survine de regulă în ultima parte a adolescenței sau la începutul anilor 20, adesea survenind curând după o pierdere semnificativă în greutate prin dietă. Printre indivizii care se prezintă pentru tratament, evoluția pare a fi cronică.

## Diagnostic diferențial

În DSM-IV, indivizii al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare trebuie să fie diagnosticați ca având **tulburare de comportament alimentar fără altă specificație.**

Contrar bulimiei nervoase, în care mecanismele compesatorii inadecvate sunt utilizate pentru a contracara efectele exceceselor, în mâncatul compulsiv un astfel de comportament nu este practicat în mod regulat pentru a compensa mâncatul compulsiv. Mâncatul prea mult este observat frecvent în episoadele de **tulburare depresivă majoră**, dar de regulă acestea nu implică mâncatul compulsiv. Acest diagnostic anexă trebuie luat în considerație numai când individul relatează că în cursul episoadelor de mâncat compulsiv sunt prezente, atât impresia subiectivă de deteriorare a controlului, cât și trei dintre simptomele asociate, menționate la criteriul B. Mulți indivizi sunt detresați de episoadele de mâncat prea mult, care nu sunt episoade de mâncat compulsiv.

### Criteriile de cercetare pentru Tulburarea Mâncatul Compulsiv

A. Episoade recurente de mâncat compulsiv. Un episod de mâncat compulsiv se caracterizează prin ambele care urmează:

   (1) mâncatul, într-o anumită perioadă de timp (de ex., în decursul unei perioade de 2 ore), a unei cantități de alimente care este definită ca fiind mai mare decât cea pe care cei mai mulți oameni ar mânca-o într-o perioadă de timp și în circumstanțe similare;
   (2) sentimentul de lipsă de control asupra mâncatului în cursul episodului (de ex., sentimentul că persoana respectivă nu poate stopa mâncatul sau controla ce și cât de mult mănâncă).

B. Episoadele de mâncat compulsiv sunt asociate cu trei (sau mai multe) dintre următoarele:

   (1) mănâncă mult mai repede decât în mod normal;
   (2) mănâncă până de simte inconfortabil de plin;
   (3) mănâncă mari cantități de alimente, chiar când nu-i este fizic foame;
   (4) mănâncă singur pentru că se simte jenat de cât de mult mănâncă;
   (5) se simte dezgustat de sine, depresiv sau foarte culpabil după mâncatul compulsiv.

C. Este prezentă o detresă marcată în legătură cu mâncatul compulsiv.

D. Mâncatul compulsiv survine, în medie, în cel puțin 2 zile pe săptămână, timp de 6 luni.

Notă: Metoda de determinare a frecvenței diferă de cea utilizată pentru bulimia nervoasă; cercetarea viitoare trebuie să precizeze dacă metoda preferată de stabilire a pragului de frecvență o constituie calcularea numărului de zile în care survine mâncatul compulsiv sau calcularea numărului de episoade de mâncat compulsiv.

E. Mâncatul compulsiv nu este asociat cu uzul regulat de comportamente compensatorii inadecvate (de ex., purgare, post, exerciții excesive) și nu survine exclusiv în cursul anorexiei nervoase sau al bulimiei nervoase.

## Tulburarea de Personalitate Depresivă

### Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie un pattern pervasiv de cogniții și comportamente care încep precoce în perioada adultă și care survin într-o varietate de contexe. Acest pattern nu survine exclusiv în cursul episoadelor depresive majore și nu este explicat mai bine de tulburarea distimică. Cognițiile și comportamentele depresive includ un sentiment pervasiv și persistent de tristețe, disperare, dezgust, dezolare și nefericire. Acești indivizi sunt extrem de serioși, incapabili să se bucure sau să se relaxeze și lipsiți de simțul umorului. Ei pot avea impresia că nu merită să se distreze și să fie fericiți. De asemenea, ei tind spre ruminație și aprehensiune și insistă în mod persistent asupra gândurilor lor nihiliste și nefericite. Astfel de indivizi văd viitorul la fel de negativ ca și prezentul; se îndoiesc că lucrurile se vor ameliora vreodată, se așteaptă la tot ce este mai rău și, în timp ce se mândresc cu faptul că sunt realiști, sunt considerați de alții ca pesimiști. Pot fi severi în autoaprecieri și înclinați să se simtă excesiv de culpabili pentru deficiențe și eșecuri. Stima de sine este scăzută și focalizată în special pe sentimentele de insuficiență. Indivizii cu această tulburare propusă tind să judece pe alții la fel de sever cum se judecă pe ei înșiși. Ei se centrează adesea mai curând asupra defectelor decât asupra atributelor pozitive ale altora și pot fi sceptici, critici și prudenți față de alții.

### Elemente asociate

Acești indivizi pot fi liniștiți, introvertiți, pasivi și modești, preferă să urmeze pe alții decât să ia ei conducerea. Acest pattern poate surveni cu frecvență aproximativ egală, atât la bărbați, cât și la femei. Indivizii cu această prezentare pot fi predispuși la dezvoltarea tulburării distimice și, posibil, a tulburării depresive majore. Aceste condiții pot exista pe un spectru, cu tulburarea de personalitate depresivă ca fiind varianta cu debut precoce, persistentă și asemănătoare unei trăsături, a tulburărilor depresive. Date preliminare sugerează că tulburarea de personalitate depresivă poate avea o prevalență crescută la membri de familie ai probanzilor cu tulburare depresivă majoră. Invers, tulburarea depresivă majoră poate surveni cu frecvență crescută la membrii de familie ai probanzilor cu tulburare de personalitate depresivă, care nu au ei înșiși tulburare depresivă majoră.

## Diagnostic direfențial

În DSM-IV, indivizii, al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare, trebuie să fie diagnosticați ca având **tulburare de personalitate fără altă specificație.**

Este controversat faptul dacă este utilă distincția dintre tulburarea de personalitate depresivă și **tulburarea distimică.** Criteriile de cercetare date pentru această tulburare propusă diferă de criteriile de diagnostic ale tulburării distimice prin accentul lor pe trăsăturile de personalitate cognitive, interpersonale și intrapsihice. Această tulburare propusă nu trebuie să fie luată în considerație dacă simptomele sunt explicate mai bine de tulburarea distimică sau dacă survin exclusiv în cursul **episoadelor depresive majore.** Această tulburare propusă diferă de așa numitele trăsături depresive normale (de ex., nefericirea, pesimismul, autocritica și tendința la culpabilizare) în care patternul este pervasiv și cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau profesională. Relațiile dintre tulburarea propusă și diverse alte categorii propuse incluse în această anexă (adică, tulburarea depresivă minoră, tulburarea depresivă scurtă recurentă, tulburarea depresiv-anxioasă mixtă și tulburarea distimică, atunci când este utilizat setul de criterii alternative, de asemenea, prevăzut în această anexă) și cu alte tulburări de personalitate nu este cunoscută, dar între ele poate exista o suprapunere considerabilă.

### Criteriile de cercetare pentru Tulburarea de Personalitate Depresivă

A. Un pattern pervasiv de cogniții și comportamente depresive începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci (sau mai multe) dintre următoarele:
   (1) dispoziția habituală este dominată de tristețe, disperare, dezgust, dezolare, nefericire;
   (2) ideea de sine se centrează pe convingerile de insuficiență, inutilitate și stimă de sine scăzută;
   (3) este critic, acuzator și depreciativ față de sine;
   (4) este ruminativ și dispus la aprehensiune;
   (5) este negativist, critic și intransigent față de alții;
   (6) este pesimist;
   (7) este înclinat spre sentimente de culpă sau remușcare.

B. Nu survine exclusiv în cursul episoadelor depresive majore și nu este explicată mai bine de tulburarea distimică.

## Tulburarea de Personalitate Pasiv-Agresivă (Tulburarea de Personalitate Negativistă)

### Elemente caracteristice

Elementul esențial îl constituie un pattern pervasiv de atitudini negativiste și de rezistență pasivă la cererile de performanță adecvată în situațiile sociale și profesionale, care începe precoce în perioada adultă și care survine într-o varietate

de contexte. Acest pattern nu survine exclusiv în cursul episoadelor depresive majore și nu este explicat mai bine de tulburarea distimică. De regulă, acești indivizi obiectează, se opun și rezistă cererilor de a funcționa la nivelul dorit de alții. Această opoziție survine cel mai frecvent în situații de serviciu, dar poate fi evidentă și în funcționarea socială. Rezistența se exprimă prin amânare, uitare, obstinație și ineficiența intenționată, în special ca răspuns la sarcinile trasate de persoanele reprezentând autoritatea. Acești indivizi obstrucționează eforturile altora prin incapacitatea lor de a participa la muncă. De exemplu, când un șef dă unui subordonat un material de revizuit pentru ședința din dimineața următoare, subordonatul poate rătăci sau pierde materialul, mai curând decât să atragă atenția asupra faptului că dispune de prea puțin timp pentru a face acest lucru. Acești indivizi se simt înșelați, neapreciați și neînțeleși și se plâng tot timpul de alții. Când apar dificultăți, ei pun eșecurile lor în contul comportamentului altora. Pot fi sumbri, iritabili, impacientați, certăreți, cinici, sceptici și ostili. Persoanele reprezentând autoritatea (de ex., un superior la serviciu, un profesor la școală, un părinte sau un soț care joacă rolul unui părinte) devin adesea centrul nemulțumirii. Din cauza negativismului și a tendinței lor de a externaliza blamul, acești indivizi critică și își exprimă ostilitatea față de persoanele reprezentând autoritatea, la cea mai mică provocare. De asemenea, ei sunt invidioși și geloși pe colegii care reușesc sau care sunt văzuți favorabil de persoanele care reprezintă autoritatea. Acești indivizi se plâng adesea de eșecurile lor personale. Au o viziune negativă asupra viitorului și pot face comentarii de genul „nu merită să fii bun" și „lucrurile bune nu durează". Acești indivizi pot oscila între a-și exprima sfidarea ostilă față de cei pe care-i văd ca fiind cauza problemelor lor și încercarea de a înmuia aceste persoane, cerându-le iertare sau promițându-le că vor funcționa mai bine în viitor.

## Elemente asociate

Acești indivizi sunt adesea franc ambivalenți, fluctuează indecis de la un curs al acțiunii la extrema opusă. Pot urma o cale capricioasă care cauzează dispute interminabile cu alții și decepții pentru ei înșiși. Un conflict intens între dependența de alții și dorința de autoafirmare este caracteristic acestor indivizi. Încrederea lor în sine este adesea scăzută, în disprețul unei bravade superficiale. Ei prevăd cel mai rău final posibil pentru cele mai multe situații, chiar pentru acelea care se desfășoară bine. Această viziune defetistă poate evoca răspunsuri ostile și negative din partea celor care au fost supuși criticilor acestor indivizi. Acest pattern de comportament survine adesea la indivizii cu tulburări de personalitate, borderline, histrionică, paranoidă, dependentă, antisocială și evitantă.

## Diagnostic diferențial

În DSM IV, indivizii, al căror tablou clinic satisface aceste criterii de cercetare, trebuie să fie diagnosticați ca având **tulburare de personalitate fără altă specificație.**

În tulburarea opziționismul provocator, există un pattern similar de atitudini și probleme negativiste față de persoanele reprezentând autoritatea, dar tulburarea opoziționismul provocator este diagnosticată de regulă la copii, pe când această tulburare propusă trebuie luată în considerație numai la adulți. Acest pattern nu trebuie luat în considerație dacă simptomele sunt explicate mai bine de **tulburarea distimică** ori dacă survin exclusiv în cursul **episoadelor depresive majore.** Comportamentele pasiv-agresiv se întâlnesc frecvent în viața cotidiană, în special în situațiile disciplinare (de ex., la serviciu, în armată sau la închisoare) care nu

tolerează alte forme de afirmare. Numai când aceste trăsături de personalitate pasiv-agresive sunt inflexibile, dezadaptative și cauzează o deteriorare funcțională sau detresă subiectivă semnificativă, ele constituie o tulburare.

### Criteriile de cercetare pentru Tulburarea de Personalitate Pasiv Agresivă

A. Un pattern pervasiv de atitudini negativiste și de rezistență pasivă la cererile de performanță adecvată, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru (sau mai multe) dintre următoarele:

(1) se opune pasiv îndeplinirii sarcinilor sociale și profesionale de rutină;
(2) se plânge că nu este înțeles și apreciat de alții;
(3) este sumbru și certăreț;
(4) critică și disprețuiește fără motiv autoritatea;
(5) își exprimă invidia și resentimentele față de cei evident mai prosperi;
(6) își exprimă în mod exagerat și persistent acuzele de nesansă personală;
(7) alternează între sfidare ostilă și penitență.

B. Nu survine exclusiv în cursul episoadelor depresive majore și nu este explicată mai bine de tulburarea distimică.

## Tulburările de Mișcare induse de Medicamente

Luarea în considerație a tulburărilor induse de medicamente este importantă în tratamentul cu medicamente al tulburărilor mentale sau al condițiilor medicale generale și în diagnosticul diferențial cu tulburările de pe axa I (de ex., tulburarea anxioasă versus akatisia indusă de neuroleptice; catatonia versus sindromul neuroleptic malign). Aceste condiții pot duce la noncompliantă la tratament și la deteriorări psihosociale și profesionale. Tulburările de mișcare induse de medicamente trebuie să fie codificate pe axa I. Deși aceste tulburări sunt etichetate ca „induse de medicamente", adesea este dificil de stabilit relația cauzală dintre expunerea la un medicament și apariția tulburării de mișcare, deoarece unele dintre aceste condiții apar și în absența expunerii la un medicament. Sunt oferite text și criterii pentru aceste tulburării spre a facilita cercetarea și a promova diagnosticul și tratamentul corespunzător. În această secțiune sunt incluse următoarele tulburări de mișcare induse de medicamente: parkinsonismul indus de neuroleptice, sindromul neuroleptic malign, distonia acută indusă de neuroleptice, akatisia acută indusă de neuroleptice, diskinezia tardivă indusă de neuroleptice și tremorul postural indus de neuroleptice. Este prevăzută, de asemenea, o categorie pentru tulburarea de mișcare indusă de medicamente fără altă specificație, pentru tulburările de mișcare induse de medicamente care nu satisfac criteriile pentru nici una dintre tulburările de mișcare menționate mai sus. Acestea includ tulburările de mișcare (de ex., parkinsonismul, akatisia acută), care sunt asociate cu un alt medicament decât un neuroleptic (de ex., un inhibitor al recaptării serotoniei).

Termenul de *neuroleptic* este utilizat în sens larg în acest manual, cu referire la medicamentele cu prorpietăți antagoniste dopaminei. Deși acest termen s-a perimat, deoarece el subliniază tendința medicamentelor antipsihotice de a cauza

mișcări anormale, el rămâne totuși adecvat. Cu toate că este mai puțin probabil ca medicamentele mai noi să cauzeze tulburări de mișcare induse de medicamente, aceste sindrome survin totuși. Medicamentele neuroleptice includ așa-numiții agenți antipsihotici convenționali sau tipici (de ex., clorpromazinul, haloperidolul, flufenazina), agenții antipsihotici "atipici" mai noi (de ex., clozapina, risperidona, olanzapina, quetiapina) anumite medicamente blocante ale receptorilor dopaminei utilizate în tratamentul simptomelor somatice, cum ar fi greața (de ex., proclorperazina. prometazina, trimetobenzamida, metoclopramida) și amoxapina, care este comercializată ca antidepresiv.

## 332.1 Parkinsonismul indus de Neuroleptice

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al parkinsonismului indus de neuroleptice îl constituie prezența semnelor și simptomelor parkinsoniene (adică, tremorul, rigiditatea musculară sau akinezia) care se dezvoltă în asociere cu uzul medicamentelor neuroleptice. Aceste simptome apar de regulă în decurs de câteva săptămâni de la începerea tratamentului sau creșterea dozei unui medicament neuroleptic ori după reducerea unui medicament (de ex., un anticolinergic) care este utilizat pentru tratamentul sau prevenirea simptomelor extrapiramidale acute. Simptomele nu trebuie să fie explicate mai bine de o tulburare mentală (de ex., catatonia, simptomele negative ale schizofreniei, lentoarea psihomotorie dintr-un episod depresiv major) și nu se datorează unei condiții neurologice sau unei condiții medicale generale (de ex., maladia Parkinson idiopatică, maladia Wilson). Rigiditatea și akinezia sunt cele mai frecvente, în timp ce tremorul este oarecum mai puțin frecvent. S-a estimat că cel puțin 50% dintre pacienții externați care urmează un tratament de lungă durată cu neuroleptice prezintă unele semne sau simptome parkinsoniene la un moment dat în cursul tratamentului. Simptomele pot apare rapid, după începerea sau creșterea dozei medicamentului neoroleptic, ori se pot dezvolta insidios în decursul timpului. Cea mai tipică evoluție o constituie dezvoltarea simptomelor în decurs de 2–4 săptămâni de la începerea tratamentului cu un medicament neuroleptic. Simptomele tind apoi să rămână neschimbate ori să diminue gradual în cursul următoarelor câteva luni. Simptomele diminuă de regulă odată cu reducerea dozei (sau întreruperea) medicamentului neuroleptic, adăugarea unui medicament antiparkinsonian ori trecerea la un alt medicament neuroleptic cu incidență mai redusă a acestor efecte secundare.

Tremorul parkinsonian este o mișcare oscilatorie ritmică, uniformă (3–6 cicli pe secundă) care este de regulă mai lentă decât alte tremoruri și este evidentă în repaus. Poate surveni interminent și poate fi uni- sau bilateral, ori poate depinde de locul unde este situat membrul (tremor pozițional). Tremorul poate afecta membrele, capul, mandibula, gura, buzele („sindromul iepurelui") sau limba. Tremorul poate fi suprimat, în special, când individul încearcă să efectueze o sarcină cu membrul care tremură. Indivizii pot descrie tremorul ca „trepidație" și relatează că survine în special în perioadele de anxietate, de stres sau de fatigabilitate.

*Rigiditatea musculară-parkinsoniană* este definită ca o fermitate și încordare a mușchilor în repaus. Ea poate afecta toți mușchii scheletici ori poate implica numai arii musculare limitate. Survin două tipuri de rigiditate: *rigiditatea continuă (a*

*conductei de plumb*) și *rigiditatea în roată dințată*. În rigiditate în conductă de plumb, membrul sau articulația se opune mobilizării dând impresia de blocare. Rigiditatea este continuă (adică, membrul nu prezintă fluctuații de la un moment la altul). În rigiditatea în roată dințată, pe măsură ce mușchiul se întinde în jurul unei articulații, se crează o rezistență de clichet, de blocare ritmică, și care întrerupe mișcarea uzuală ușoară a articulației. Rigiditatea în roată dințată poate fi simțită punând mâna peste articulație în timp ce aceasta este mobilizată. Rigiditatea în roată dințată survine când mușchii sunt mobilizați pasiv și este mai frecventă la pumn și cot și adesea se accentuează și diminuă. Indivizii cu rigiditate parkinsoniană se pot plânge de debilitate sau de rigiditate musculară generalizată, dureri musculare sau articulare, durere continuă în corp sau lipsă de coordonare a mișcărilor în timp ce fac sport.

*Akinezia* este o stare de reducere spontană a activității motorii. Există o lentoare globală, precum și o lentoare în inițierea și executarea mișcărilor. Comportamentele cotidiene (de ex., efectuarea toaletei) sunt reduse. Indivizii se pot plânge de lipsă de atenție, lipsă de spontaneitate și de motivație, sau de dormit prea mult. Rigiditatea parkinsoniană și akinezia se pot manifesta ca anomalii în mers sau reducerea lungimii pasului, balansului membrelor sau spontaneității generale a mersului. Alte semne includ înclinarea capului în piept, căderea umerilor, faciesul fijat și mersul reptat, cu pași mici. Poate apare sialoree datorată unei reduceri generale în activitatea motorie a faringelui, deși aceasta poate fi mai puțin frecventă în parkinsonismului asociat cu medicamentele neuroleptice din cauza proprietăților anticolinergice ale acestor medicamente.

## Elemente asociate

Simptomele comportamentale asociate pot include depresia și agravarea semnelor negative ale schizofreniei. Alte semne și simptome asociate includ scrisul de mână mic (micrografia), hipofonia, instabilitatea posturală, inhibarea clipitului ca răspuns la percutarea glabelei și seboreea. Pot surveni complicații medicale generale când simptomele parkinsoniene sunt severe și duc la scăderea activității motorii (de ex., contracturi, escare prin compresiune și embolii pulmonare). Diminuarea reflexului de vomă și disfagia pot amenința viața și se pot prezenta ca pneumonie de aspirație sau pierdere inexplicabilă în greutate. Poate exista incontinență urinară și un procent crescut de fracturi de șold la persoanele în etate. Factorii de risc pentru dezvoltarea parkinsonismului indus de neuroleptice includ un istoric de episoade anterioare de parkinsonism indus de neuroleptice; bătrânețea, prezența unui delirium, demențe sau sindrom amnestic coexistent, ori coexistența unei condiții neurologice. Copii sunt, de asemenea, expuși unui risc mare de a dezvolta parkinsonismul indus de neuroleptice. În afară de aceasta, riscul de dezvoltare al parkinsonismului indus de neuroleptice este asociat cu tipul de medicament neuroleptic (de ex., medicamente antipsihotice convenționale mai vechi versus medicamente antipsihotice atipice mai noi, rapiditatea creșterii dozei și doza absolută; riscul este redus, dacă indivizii iau medicamente anticolinergice.

## Diagnostic diferențial

Este important să se facă distincție între parkinsonismul indus de neuroleptice și alte cauze de simptome parkinsoniene la indivizii tratați cu un medicament neuroleptic. Parkinsonismul indus de neuroleptice trebuie distins de simptomele

**parkinsoniene datorate altor substanțe sau medicamente ori datorate unei condiții neurologice sau altei condiții medicale generale** (de ex., maladia Parkinson, maladia Wilson). Datele de laborator pot ajuta la stabilirea altor cauze pentru simptomele parkinsoniene (de ex., screeningul pozitiv al metalelor grele în urină, calcificarea ganglionilor bazali, indicând hipercalcemia, ceruloplasmina serică, indicând maladia Wilson). Tremorul datorat altor cauze de simptome parkinsoniene, tremorul familial, tremorul indus de medicamente nonneuroleptice și tremorul asociat cu abstinența de o substanță trebuie să fie distinse de tremorul din parkinsonismul indus de neuroleptice. Tremurăturile nonparkinsoniene tind a fi mai fine (de ex., de amplitudine mai mică) și mai rapide (10 cicli pe secundă) și tind a se agrava intențional (de ex., când individul întinde mâna să apuce un pahar). Tremorul asociat cu **abstinența de o substanță** va fi însoțit de regulă de hiperreflexie și semne vegetative crescute. Tremorul din **maladia cerebeloasă** se agravează intențional și poate fi asociat cu nistagmus, ataxie sau vorbire scandată. Mișcările coreiforme asociate cu **diskinezia tardivă indusă de neuroleptice** pot aminti tremorul parkinsonian, însă, tremorul parkinsonian se distinge de acestea prin ritmicitatea sa constantă. **Ictusurile și alte leziuni focale ale sistemului nervos central** pot cauza semne neurologice focale, după cum cauzează și imobilitate prin paralizie flască sau spastică. Din contra, în parkinsonismul neuroleptic forța musculară este inițial normală, fatigabilitatea musculară instalându-se mai târziu. Rigiditatea din parkinsonism trebuie să fie, de asemenea, diferențiată de fenomenul de „lamă de briceag" observat în leziunile piramidale și de comportamentul opozițional.

Unele indicii, că simptomele parkinsoniene nu se datorează neurolepticelor, includ istoricul familial al unei condiții neurologice ereditare, parkinsonismul rapid progresiv neexplicat de schimbări psihofarmacologice recente, prezența de semne neurologice nonextrapiramidale (de ex., semne de eliberare frontală, anomalii ale nervilor cranieni ori un semn Babinski pozitiv) și semne sau simptome care nu se remit în decurs de 3 luni de la întreruperea neurolepticului (ori un an, când neurolepticul a fost administrat intramuscular sub forma de depot). Indivizii cu **sindrom neuroleptic malign** au atât akinezie severă, cât și rigiditate, dar au și date adiționale somatice și de laborator (de ex., febră, creatin-fosfokinază crescută [CPK]).

Distincția între simptomele unei **tulburări mentale primare** și perturbările comportamentale din parkinsonismul indus de neuroleptice poate fi dificilă. Adesea, diagnosticul trebuie să se bazeze pe mai multe surse de informații (de ex., datele examenului somatic, istoricul tratamentului, simptomele mentale). Diagnosticul de parkinsonism indus de neuroleptice trebuie să fie pus provizoriu și uneori poate fi confirmat numai printr-un trial de reducere a dozei (sau eliminare) a medicamentului neuroleptic ori prin inițierea unui tratament anticolinergic. Akinezia indusă de neuroleptic și **tulburarea depresivă majoră** pot avea multe simptome suprapuse. Tulburarea depresivă majoră este foarte probabil să aibă semne vegetative (de ex., deșteptare precoce din somn dimineața), demoralizare, disperare, pe când apatia este tipică akineziei. Catatonia asociată cu **schizofrenia, tipul catatonic**, sau cu **tulburările afective cu elemente catatonice** pot fi extrem de dificil de distins de akinezia severă. **Simptomele negative ale schizofreniei** pot fi de asemenea, dificil de distins de akinezie. Rigiditatea poate fi asociată, de asemenea, cu **tulburările psihotice, deliriumul, demența, tulburările anxioase și tulburările de conversie.** Rezistența la mobilizarea pasivă este constantă în tot cursul mișcării în rigiditatea parkinsoniană, pe când în tulburările mentale sau în alte condiții neurologice care se prezintă cu rigiditate este inconstantă. În afară de

aceasta, indivizii cu rigiditate parkinsoniană au în general o constelație de semne și simptome, inclusiv un mers și o expresie facială caracteristică, sialoree, reducerea clipitului și alte aspecte de bradikinezie.

### Criteriile de cercetare pentru 332.1 Parkinsonismul indus de Neuroleptice

A. Unul (sau mai multe) din următoarele semne sau simptome a apărut in asociere cu uzul unui medicament neuroleptic:

(1) tremor parkinsonian (adică, un tremor de repaus, ritmic, grosier, cu o frecvență între 3 și 6 cicli pe secundă, afectând membrele, capul, gura sau limba);
(2) rigiditate musculară parkinsoniană (respectiv, rigiditate în roată dințată sau rigiditate continuă de tip „conductă de plumb";
(3) akinezie (adică, o reducere a expresiilor faciale spontane, a gesturilor, limbajului sau a mișcărilor corpului)

B. Simptomele de la criteriul A apar în decurs de câteva săptămâni de la începerea tratamentului sau creșterea dozei unui medicament neuroleptic ori de la reducerea dozei unui medicament utilizat pentru a trata (sau preveni) simptomele extrapiramidale acute (de ex., agenți anticolinergici).

C. Simptomele de la criteriul A nu sunt explicate mai bine de o tulburare mentală (de ex., simptomele negative sau catatonice din schizofrenie, lentoarea psihomotorie din episodul depresiv major). Proba că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare mentală poate include următoarele: simptomele preced expunerea la medicamentul neuroleptic sau nu sunt compatibile cu patternul intervenției farmacologice (de ex., nici o ameliorare după reducerea dozei de neuroleptic sau după administrarea unui medicament anticolinergic.

D. Simptomele de la criteriul A nu se datorează unei substanțe nonneuroleptice ori unei condiții neurologice sau altei condiții medicale generale (de ex., maladia Parkinson, maladia Wilson). Proba că simptomele se datorează unei condiții medicale generale poate include următoarele: simptomele preced expunerea la medicamentul neuroleptic, sunt prezente semne neurologice de focar neexplicate sau simptomele progresează în disprețul unui regim medicamentos stabil.

## 333.92 Sindromul Neuroleptic Malign

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al sindromului neuroleptic îl constituie apariția unei rigidități musculare severe și o creștere a temperaturii la un individ care utilizează un medicament neuroleptic. Aceasta este acompaniată de două (sau mai multe) dintre următoarele simptome: transpirație, disfagie, tremor, incontinență, modificări în nivelul conștienței mergând de la confuzie la comă, mutism, tahicardie, presiune sanguină crescută sau labilă, leucocitoză și proba de laborator a afectării musculare (de ex., creatin-fosfokinaza [CPK] crescută). Aceste simptome

nu se datorează altei substanțe (de ex., phencyclidina) ori unei condiții neurologice sau altei condiții medicale generale (de ex., encefalita virală) și nu sunt explicate mai bine de o tulburare mentală (de ex., tulburarea afectivă cu elemente catatonice). Poate exista o agitație de acompaniament sau pot exista reacții distonice acute.

Creșterea temperaturii merge de la ascensiuni ușoare (de ex., 99°–100°F) până la stări marcat hipertermice (de ex., 106° F). Febra datorată unei condiții medicale generale (de ex., o infecție) trebuie să fie exclusă drept cauză de temperatură crescută, însă, indivizii cu sindrom neuroleptic malign dezvoltă adesea alte condiții mendicale generale care pot agrava o temperatură deja crescută. Creatin-fosfokinaza [CPK] este de regulă crescută, mergând de la ascensiuni minore la nivele extrem de ridicate (depășind 16000 UI). Trebuie menționat că, ascensiunile ușoare spre moderate ale CPK pot fi, de asemenea, întâlnite în leziunile musculare datorate unor cauze diverse cum ar fi injecția intramusculară și contenția, și au fost raportate, de asemenea, la indivizii cu tulburări psihotice acute. Leucocitoza poate fi adesea mare, cu valori cuprinse între 10000 și 20000. În cazurile severe poate surveni mioglobinuria, care poate anunța insuficiența renală.

Tabloul clinic și evoluția sindromului neuroleptic malign sunt foarte variabile. El poate avea o evoluție malignă, eventual fatală, ori o evoluție relativ benignă, autolimitată. Actualmente nu există nici un mod de a predicta evoluția sindromului la un anumit individ. Sindromul neuroleptic malign se dezvolă de regulă în decurs de 4 săptămâni de la începerea administrării unui medicament neuroleptic, cu două treimi din cazuri survenind în prima săptămână. Însă, unii indivizi dezvoltă sindromul neuroleptic malign și după luarea aceleași doze de medicament neuroleptic timp de multe luni. După întreruperea medicamentului neuroleptic, rezoluția condiției survine în decursul unei perioade cu o durată medie de 2 săptămâni pentru medicantele neuroleptice nondepot și de 1 lună pentru medicamentele neuroleptice depot, deși există cazuri în care continuă să evolueze și dincolo de durata medie de 2 săptămâni. În cele mai multe cazuri, în final există o rezoluție totală a simptomelor. Într-un număr redus de cazuri, deznodământul este fatal. Procentele de letalitate din literatură variază între 10% și 20%, însă, aceste procente pot fi crescute artificial ca urmare a raportărilor tendențioase. Odată cu creșterea recunoașterii acestei condiții, estimările ratelor de letalitate au scăzut. Există puține relatări de sechele neurologice.

## Elemente asociate

Cele mai multe cazuri au fost raportate ca survenind la indivizii cu schizofrenie, episoade maniacale și tulburări mentale datorate unei condiții medicale generale (de ex., un delirium sau o demență). Episoade anterioare de sindrom malign, agitația, deshidratarea, dozele mari de medicamente neuroleptice, creșterea rapidă a dozelor și injectarea intramusculară a unui medicament neuroleptic par a fi factori de risc. În literatură există o controversă în legătură cu faptul dacă tratamentul cu carbonat de litiu crește probabilitatea apariției sindromului neuroleptic malign. Deși această tulburare poate surveni, atât în mediile calde, cât și în cele reci, mediile calde și umede pot contribui la dezvoltarea acestei condiții. Pot surveni diverse condiții medicale generale care complică tabloul clinic, incluzând pneumonia, insuficiența renală, stopul cardiac sau respirator, crizele epileptice, septicemia, embolia pulmonară și coagularea intravasculară diseminată.

Estimările prevalenței acestei condiții la indivizii expuși medicamentelor neuroleptice merg de la 0,07% la 1,4%. Sindromul neuroleptic malign a fost descris

ca survenind oarecum mai frecvent la bărbați decât la femei. Condiția poate surveni la orice etate, dar a fost raportată mai frecvent la adulții tineri. Variațiile în prevalența raportată se pot datora unei lipse de consecvență în definiția cazuisticii, în practica prescrierii neurolepticelor, în planul studiului și demografia populației studiate. Sindromul neuroleptic malign poate surveni mai frecvent la medicamentele neuroleptice de mare putere. Unii indivizi, care au dezvoltat această condiție, este posibil să fi fost mai puțin complianți în luarea medicamentului neuroleptic. Deși mulți indivizi nu prezintă nici o recădere când este reluat tratamentul cu medicamentul neuroleptic, unii prezintă o recădere când medicamentul neuroleptic este reluat curând după un episod neuroleptic malign.

## Diagnostic diferențial

Sindromul neuroleptic malign trebuie să fie distins de simptomele unei **condiții neurologice sau altei condiții medicale generale**. O temperatură ridicată datorată unei condiții medicale generale (de ex., o infecție virală) trebuie distinsă de temperatura crescută asociată cu sindromul neuroleptic malign. Temperaturile extrem de ridicate este foarte posibil să fie datorate unui sindrom neuroleptic, în special în absența unei condiții medicale generale identificabile. În afară de aceasta, în sindromul neuroleptic malign sunt prezente, de asemenea, și alte elemente caracteristice (de ex., rigiditate musculară severă). Condițiile medicale generale cu un tablou clinic care poate aminti sindromul neuroleptic malign includ infecțiile sistemului nervos central, statusul epileptic, leziunile cerebrale subcorticale (de ex., ictus, traumatism, neoplasme) și condiții sistemice (de ex., porfiria acută intermitentă, tetanusul). **Șocul termic** poate mima sindromul neuroleptic malign, dar poate fi distins prin prezența căldurii, tegumente uscate (mai curând decât transpirație), hipotensiune (mai curând decât presiune sanguină fluctuantă sau crescută) și flacciditatea (mai curând decât rigiditatea) membrelor. Hipertermia malignă se prezintă cu temperatură foarte ridicată și rigiditate, și survine de regulă la indivizii susceptibili genetic care au primit anestezice inhalante halogenate și relaxante musculare depolarizante. Hipertermia malignă începe de regulă în decurs de câteva minute de la administrarea anesteziei. Deoarece alte condiții medicale generale pot apare concomitent cu, sau rezulta din sindromul neuroleptic malign, este important să se stabilească dacă temperatura ridicată a survenit înainte sau după problemele medicale supraadăugate. Întreruperea bruscă a medicației antiparkinsoniene la o persoană cu **maladie Parkinson** sau **tratamentul cu agenți depletivi de dopamina** (de ex., rezerpina, tetrabenazina) poate precipita o reacție similară sindromului neuroleptic malign.

Sindromul neuroleptic malign trebuie distins de sindromele similare rezultând din uzul altor medicamente psihotrope (de ex., inhibitori de monoaminooxidază, combinații de inhibitor de monoaminooxidază-triciclic, combinați de inhibitor de monoaminooxidază-agent serotoninergic, combinații de inhibitor de monoaminooxidază-meperidină, toxicitatea litiului, delirium anticolinergic, amfetamine, fenfluramină, cocaină și phencyclidină), oricare dintre acestea putându-se prezenta cu hipertermie, alterarea stării mentale și modificări vegetative). În astfel de cazuri, poate fi pus diagnosticul de **tulburare de mișcare indusă de medicamente fără altă specificație**.

Indivizii cu schizofrenie sau cu episod maniacal care nu se află sub tratament cu un medicament neuroleptic pot prezenta uneori stări catatonice extreme (așa numita **catatonie letală**), care pot mima sindromul neuroleptic malign și pot

include temperatură crescută, disfuncție vegetativă și date de laborator anormale. Pentru indivizii care primesc deja un medicament neuroleptic, un istoric de stări catatonice extreme anterioare, când individul nu primea nici un medicament neuroleptic, este important în efectuarea diagnosticului diferențial. Problema este complicată în plus de faptul că medicamentul neuroleptic poate agrava simptomele de catatonie letală.

### Criteriile de cercetare pentru 333.92 Sindromul Neuroleptic Malign

A. Apariția unei rigidități musculare severe și creșteri a temperaturii asociate cu uzul unui medicament neuroleptic.

B. Două (sau mai multe) dintre următoarele:

(1)transpirații;
(2) disfagie;
(3) tremor;
(4) incontinență;
(5) modificări ale nivelului conștienței mergând de la confuzie la comă;
(6) mutism;
(7) tahicardie;
(8) presiune sanguină crescută sau labilă;
(9) leucocitoză;
(10) proba de laborator a afectării (leziunii) musculare (de ex., CPK crescută).

C. Simptomele de la criteriile A și B nu se datorează altei substanțe (de ex. phencyclidina) sau unei condiții neurologice ori altei condiții medicale generale (de ex., encefalita virală).

D. Simptomele de la criteriile A și B nu sunt explicate mai bine de o tulburare mentală (de ex., o tulburare afectivă cu elemente catatonice).

## 333.7 Distonia Acută indusă de Neuroleptice

### Elemente de diagnostic

Elementul esențial al distoniei acute induse de neuroleptice îl constituie posturile anormale sau spasmele musculare, care apar în asociere cu uzul de medicamente neuroleptice. Acestea includ poziția anormală a capului și gâtului în raport cu trunchiul (de ex., retrocolis, torticolis), spasmul mușchilor mandibulei (trismus, căscarea gurii, grimase), alterarea deglutiției (disfagie), a vorbirii sau respirației (spasm faringo-laringian amenințând viața eventual, disfonie), îngroșarea vocii sau vorbire dizartrică, datorată hipertoniei mușchilor limbii (dizartrie, macroglosie), protruzia limbii sau disfuncție linguală, devierea în sus, în jos sau într-o parte a globilor oculari (crize oculogire) ori poziția anormală a segmentelor distale ale membrelor sau a trunchiului (opistotonus). Există o mare variabilitate în severitatea simptomelor și în zonele corpului care pot fi afectate. De regulă, este prezentă creșterea tonusului în mușchii afectați. Semnele sau

simptomele survin în decurs de 7 zile de la începerea tratamentului sau creșterea dozei unui medicament neuroleptic ori reducerea dozei unui medicament utilizat în tratamentul sau prevenirea simptomelor extrapiramidale acute (de ex., agenți anticolinergici). Simptomele nu trebuie să fie explicate mai bine de o tulburare mentală (de ex., de simptomele catatonice în schizofrenie) și nu trebuie să se datoreze unei substanțe nonneuroleptice ori unei condiții neurologice sau altei condiții medicale generale.

## Elemente asociate

Frica și anxietatea acompaniază adesea debutul distoniei acute induse de neuroleptice, în special la indivizii care nu realizează posibilitatea apariției distoniei și care, în mod eronat, consideră simptomele ca parte a tulburării lor mentale. Unii indivizi acuză durere sau crampe în mușchii afectați. Noncomplianța la tratamentul medicamentos poate duce în continuare la apariția de reacții distonice acute. Distonia acută indusă de neuroleptice survine cel mai frecvent la bărbații tineri. Factorii de risc pentru dezvoltarea distoniei acute induse de neuroleptice includ reacțiile distonice anterioare la tratamentul cu neuroleptice și uzul unui medicament neuroleptic foarte puternic

## Diagnostic diferențial

Este important să se facă distincție între distonia acută indusă de neuroleptice și alte cauze de distonie, la indivizii tratați cu un medicament neuroleptic. Proba că simptomele sunt datorate unei **condiții neurologice sau altei condiții medicale generale** include evoluția (de ex., simptome care preced administrarea unui medicament neuroleptic ori progresiunea simptomelor în absența schimbării medicamentului) și prezența de semne neurologice în focar. **Distoniile segmentale sau focale spontane** persistă de regulă timp de mai multe zile sau săptămâni, independent de medicament. Alte condiții neurologice (de ex., crizele epileptice de lob temporal, infecțiile virale și bacteriene, traumatismele sau leziunile înlocuitoare de spațiu în sistemul nervos central sau periferic) și endocrinopatiile (de ex., hipoparatiroidismul) pot, de asemenea, produce simptome (de ex., tetanie) care amintesc distonia acută indusă de neuroleptice.

**Sindromul neuroleptic malign** poate produce distonie, dar diferă de aceasta prin aceea că este acompaniat de febră și de rigiditate generalizată. Distonia acută indusă de neuroleptice trebuie să fie distinsă de **distonia datorată unui medicament nonneuroleptic** (de ex., de medicamentele anticonvulsivante, cum ar fi fenitoina și carbamazepinul). În astfel de cazuri, poate fi pus diagnosticul de **tulburare de mișcare indusă de medicamente fără altă specificație.**

Catatonia asociată cu o tulburare afectivă sau cu schizofrenia poate fi distinsă prin relația temporală dintre simptome și administrarea neurolepticului (de ex., distonia precede administrarea medicamentului neuroleptic) și răspunsul la intervenția farmacologică (de ex., nici o ameliorare după diminuarea dozei neurolepticului sau administrarea unui anticolinergic). În plus, indivizii cu distonie acută indusă de neuroleptice sunt în general detresați de reacția distonică și de regulă solicită intervenție. Din contra, indivizii cu catatonie sunt de regulă muți și retrași, și nu acuză detresă subiectivă în legătură cu condiția lor.

### Criteriile de cercetare pentru 333.7 Distonia Acută indusă de Neuroleptice

A. Unul sau mai multe dintre următoarele semne și simptome a apărut în asociere cu uzul unui medicament neuroleptic:

(1) poziție anormală a capului și gâtului în raport cu trunchiul (de ex., retrocolis, torticolis);
(2) spasme ale mușchilor mandibulei (trismus, căscarea gurii, grimase);
(3) deteriorarea deglutiției (disfagie), vorbirii sau respirației (spasm faringolaringeal, disfonie);
(4) îngroșarea vocii sau vorbire dizartrică datorate hipertoniei sau măririi limbii (dizartrie, macroglosie);
(5) protruzia limbii sau disfuncția limbii;
(6) devierea ochilor în sus, în jos sau într-o parte (criză oculogiră);
(7) poziție anormală a segmentelor distale ale membrelor sau trunchiului.

B. Semnele și simptomele de la criteriul A apar în decurs de 7 zile de la începerea tratamentului sau de la creșterea dozei medicamentului neuroleptic ori de la reducerea medicamentului utilizat pentru a trata (sau preveni) simptomele extrapiramidale acute (de ex., agenții anticolinergici).

C. Simptomele de la criteriul A nu sunt explicate mai bine de o tulburare mentală (de ex., simptomele catatonice din schizofrenie). Proba că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare mentală poate include următoarele: simptomele preced administrarea unui medicament neuroleptic sau nu sunt compatibile cu patternul intervenției farmacologice (de ex., nici o ameliorare după reducerea dozei de neuroleptic sau administrarea unui anticolinergic).

D. Simptomele de la criteriul A nu se datorează unei substanțe nonneuroleptice sau unei condiții neurologice ori altei condiții medicale generale. Proba că simptomele se datorează unei condiții medicale generale poate include următoarele: simptomele preced administrarea medicamentului neuroleptic, sunt prezente semne neurologice focale neexplicate sau simptomele progresează în absența schimbări în medicație.

## 333. 99 Akatisia Acută indusă de Neuroleptice

### Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale akatisiei acute induse de neuroleptice sunt acuzele subiective de neliniște și cel puțin una din următoarele mișcări observate: foitul sau pendulatul picioarelor în timp ce stă așezat, balansatul de pe un picior pe altul ori „mersul pe loc" în timp ce stă, mersul de colo până colo pentru a ușura neliniștea ori incapacitatea de a sta liniștit, fie în ortostatism, fie așezat, cel puțin câteva minute. În forma cea mai severă a tulburării, individul poate fi incapabil să mențină o poziție oarecare pentru mai mult de câteva secunde. Acuzele subiective includ senzația de neliniște internă, cel mai adesea în picioare, compulsiunea de a mișca continuu

picioarele, detresă, dacă i se cere să nu-și mai miște picioarele, disforie și anxietate. Simptomele survin de regulă în decurs de 4 săptămâni de la începerea tratamentului sau de la creșterea dozei unui medicament neuroleptic și, ocazional, după reducerea dozei unui medicament utilizat pentru a trata sau preveni simptomele extrapiramidale acute (de ex., agenți anticolinergici). Simptomele nu sunt explicate mai bine de o tulburare mentală (de ex., schizofrenia, abstinența de o substanță, agitația din episodul depresiv major sau maniacal, hiperactivitatea din tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție) și nu se datorează unei substanțe nonneuroleptice ori unei condiții neurologice sau altei condiții medicale generale (de ex., maladia Parkinson, anemia feriprivă).

## Elemente și tulburări asociate

Detresa subiectivă, rezultând din akatisie, este semnificativă și poate duce la noncompliență la tratamentul neuroleptic. Akatisia poate fi asociată cu disforie, iritabilitate, agresivitate sau tentative de suicid. Agravarea simptomelor psihotice sau a discontrolului comportamental poate duce la creșterea dozei medicamentului neuroleptic, care poate exacerba tulburarea. Akatisia poate surveni foarte repede după începerea tratamentului sau creșterea dozei medicamentului neuroleptic. Apariția akatisiei pare a fi dependentă de doză și este asociată mai frecvent cu anumite medicamente neuroleptice. Akatisia acută tinde a persista atât timp cât sunt administrate medicamentele neuroleptice, dar intensitatea ei poate varia pe parcurs. Prevalența raportată a akatisiei printre indivizii care primesc un medicament neuroleptic variază mult (20%–75%). Deși este posibil ca medicamentele neuroleptice atipice să producă mai puțin akatisie decât neurolepticele tipice, totuși la unii indivizi aceste medicamente produc akatisie. Variațiile în prevalența raportată pot fi datorate lipsei de consecvență în definirea cauzisticii, în practicile de prescriere a neurolepticelor, în planul de studiu și demografia populației studiate.

## Diagnostic diferențial

Akatisia acută indusă de neuroleptice poate fi indistinctibilă clinic de sindromele de neliniște datorate anumitor condiții neurologice sau altor condiții medicale generale, substanțelor nonneuroleptice, și de agitația prezentă ca parte a unei tulburări mentale (de ex., a unui episod maniacal). Akatisia din maladia Parkinson și anemia feriprivă este fenomenologic similară cu akatisia acută indusă de neuroleptice. Apariția frecvent bruscă a neliniștii curând după începerea tratamentului sau creșterea dozei unui medicament neuroleptic distinge de regulă akatisia acută indusă de neuroleptice.

**Medicamentele antidepresive inhibitoare specifice ale recaptării serotoninei** pot produce o akatisie care pare a fi identică din punct de vedere fenomenologic și ca răspuns la tratament cu akatisia acută indusă de neuroleptice. Akatisia datorată medicației nonneuroleptice poate fi diagnosticată ca **tulburare de mișcare indusă de medicamente fără altă specificație**. Alte situații care pot fi incluse în tulburările de mișcare induse de medicamente fără altă specificație sunt akatisia acută numai cu acuze subiective sau numai cu acuze obiective, dar nu cu ambele, și akatisia survenind târziu în cursul tratamentului (de ex., la 6 luni după începerea tratamentului cu un neuroleptic sau creșterea dozei acestuia). De asemenea, **Diskinezia tardivă indusă de neuroleptice** are adesea o componentă de neliniște generalizată care poate coexista cu akatisia, la un individ care primește o medicație neuroleptică. Akatisia acută indusă de neuroleptice se diferențiază de diskinezia tardivă indusă de neuroleptice prin natura mișcărilor și raportul lor cu inițierea tratamentului. Evoluția în timp a tabloului clinic, în raport cu modificările dozei de neuroleptic, poate ajuta la efectuarea acestei

distincții. O creștere a dozei de medicament neuroleptic va exacerba adesea akatisia în timp ce adesea ameliorează temporar simptomele diskineziei tardive.

Akatisia acută indusă de neuroleptice trebuie să fie distinsă de simptomele care sunt explicate mai bine de o tulburare mentală. Indivizii cu **episoade depresive, episoade maniacale, anxietate generalizată, schizofrenie și alte tulburări psihotice, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, demență, delirium, intoxicație cu o substanță** (de ex., cu cocaină), sau **abstinența de o substanță** (de ex., de un opiaceu) pot prezenta, de asemenea, agitație, care este dificil de distins de akatisie. Unii dintre acești indivizi sunt capabili să diferențieze akatisia de anxietatea, neliniștea și agitația caracteristice unei tulburări mentale, prin experientarea de către ei a akatisiei ca fiind diferită de stările experientale anterior. Altă probă că neliniștea sau agitația pot fi explicate mai bine de o tulburare mentală include debutul agitației, anterior administrării medicației neuroleptice, absența creșterii neliniștii odată cu creșterea dozelor de medicament neuroleptic și absența ameliorării prin intervenție farmacologică (de ex., nici o ameliorare după reducerea dozei neurolepticului sau după tratamentul cu un medicament destinat să trateze akatisia).

## Criteriile de cercetare pentru 333.99 Akatisia Acută indusă de Neuroleptice

A. Apariția unor acuze subiective de neliniște după administrarea unui medicament neuroleptic.

B. Este observat cel puțin unul dintre următoarele:

(1) foitul sau pendulatul picioarelor;
(2) balansatul de pe un picior pe altul;
(3) mersul de colo până colo pentru a-și ușura neliniștea;
(4) incapacitatea de a sta liniștit în picioare sau așezat cel puțin câteva minute.

C. Debutul simptomelor din criteriile A și B survine în decurs de 4 săptămâni de la începerea tratamentului sau creșterea dozei unui neuroleptic ori reducerea dozei unui medicament utilizat pentru a trata (sau preveni) simptomele extrapiramidale acute (de ex., agenții anticolinergici).

D. Simptomele de la criteriul A nu sunt explicate mai bine de o tulburare mentală (de ex., schizofrenia, abstinența de o substanță, agitația dintr-un episod depresiv major sau un episod maniacal, hiperactivitatea din tulburarea hiperactivitate/deficit de a atenție). Proba că simptomele sunt explicate mai bine de o tulburare mentală poate include următoarele: debutul simptomelor precede administrarea unui neuroleptic, absența creșterii neliniștii odată cu creșterea dozelor de neuroleptic și absența ameliorării prin intervenție farmacologică (de ex., nici o ameliorare după reducerea dozei de neuroleptic sau tratamentului cu un medicament destinat să trateze akatisia).

E. Simptomele de la criteriul A nu se datorează unei substanțe nonneuroleptice sau altei condiții medicale generale. Proba că simptomele se datorează unei condiții medicale generale poate include faptul că debutul simptomelor precede administrarea neurolepticelor sau progresiunea simptomelor în absența unei schimbări în medicație.

# 333. 82 Diskinezia Tardivă indusă de Neuroleptice

## Elemente de diagnostic

Elementele esențiale ale diskineziei tardive induse de neuroleptice sunt mișcările involuntare anormale ale limbii, mandibulei, trunchiului sau extremităților, care apar în asociere cu uzul unui medicament neuroleptic. Mișcările sunt prezente o perioadă de cel puțin 4 săptămâni, și pot fi de natură coreiformă (rapide, spasmodice, nonrepetative), atetoide (lente, sinuoase, continue) sau ritmice (de ex., stereotipiile). Semnele sau simptomele survin în cursul administrării unui medicament neuroleptic ori în decurs de 4 săptămâni de la suprimarea unui neuroleptic administrat oral (ori în decurs de 8 săptămâni de la suprimarea unui neuroleptic depot). Trebuie să existe un istoric de uz de un medicament neuroleptic de cel puțin 3 luni (o lună pentru indivizii în etate de 60 ani sau mai mult). Cu toate că un număr mare de studii epidemiologice a stabilit o relație etiologică între uzul de neuroleptice și diskinezia tardivă, diskinezia existentă la un individ care primește un medicament neuroleptic nu este în mod necesar diskinezie tardivă indusă de neuroleptice. Mișcările nu trebuie să fie datorate unei condiții neurologice sau altei condiții medicale generale (de ex., maladie Huntington, coree Sydenham, diskinezie spontană, hipertiroidism, maladie Wilson), unei proteze dentare rău fixate ori expunerii la alte medicamente care pot cauza o diskinezie reversibilă acută (de ex., l-dopa, bromocriptina). De asemenea, mișcările nu trebuie să fie explicate mai bine de o tulburare de mișcare acută indusă de neuroleptice (de ex., distonia acută indusă de neuroleptice, akatisia acută indusă de neuroleptice).

Peste trei pătrimi dintre indivizii cu diskinezie tardivă au mișcări orofaciale anormale, aproximativ jumătate au implicate membrele, iar peste un sfert au diskinezie axială a trunchiului. Toate cele trei regiuni sunt afectate la aproximativ 10% dintre indivizi. Implicarea altor grupe musculare (de ex., faringiene, abdominale) poate surveni, dar este rară, în special în absența diskineziei regiunii orofaciale, a membrelor sau trunchiului. Diskinezia membrelor sau trunchiului fără implicare orofacială, este mai frecventă la indivizii tineri, în timp ce diskineziile orofaciale sunt tipice persoanelor în etate.

## Elemente asociate

Simptomele diskineziei tardive tind a fi agravate de stimulante, abstinența de neuroleptice și de medicamentele anticolinergice, și pot fi agravate tranzitor de excitația emoțională, de stres și de distragere în cursul mișcărilor voluntare din părțile neafectate ale corpului. Mișcările anormale ale diskineziei sunt reduse tranzitor prin relaxare și prin mișcări voluntare în părțile afectate ale corpului. Ele sunt în general absente în cursul somnului. Diskinezia poate fi suprimată, cel puțin temporar, prin doze crescute de neuroleptice sau de sedative.

Prevalența globală a diskineziei tardive induse de neuroleptice la indivizii care au primit un tratament de lungă durată variază între 20% și 30%. Incidența globală printre indivizii mai tineri variază între 3% și 5% pe an. Indivizii de etate medie și cei mai în etate par a dezvolta diskinezie tardivă indusă de neuroleptice cel mai adesea cu o prevalență de până la 50% și o incidență de 25%–30% în medie, după un an de administrare cumulativă de medicament neuroleptic. Prevalența variază, de asemenea, în funcție de mediu, diskinezia tardivă tinzând a fi mai frecventă

printre indivizii spitalizați (în special printre cei instituționalizați cronic). Diskinezia tardivă este diagnosticată cu frecvență egală la bărbații și femeile tinere, pe când la indivizii în etate poate fi văzută mai frecvent la femei decât la bărbați. Tulburările afective (în special, tulburarea depresivă majoră), condițiile neurologice, cantitatea mare de medicament neuroleptic acumulată și dezvoltarea precoce a efectelor secundare extrapiramidale au fost sugerate ca factori de risc pentru diskinezia tardivă. Variațiile în prevalență raportate se pot datora lipsei de concordanță în definirea cauzisticii, în practicile de prescriere a medicației neuroleptice, în planul de studiu și demografia populației studiate.

Nu există diferențe semnificative în raport cu sexul în susceptibilitatea la diskinezia tardivă, deși riscul poate fi într-o anumită măsură mai mare la femeile postmenopauzale. Acumularea unor cantități mai mari de neuroleptice tipice și apariția precoce a efectelor secundare extrapiramidale sunt doi dintre cei mai constanți factori de risc pentru diskinezia tardivă. Tulburările afective (în special tulburarea depresivă majoră), condițiile neurologice și dependența de alcool, au fost, de asemenea, constatate printre factorii de risc la unele grupe de indivizi. Există un număr tot mai mare de probe că neurolepticele atipice mai noi sunt asociate cu o incidență mult mai redusă a diskineziei tardive comparativ cu neurolepticele tipice.

Debutul poate surveni la orice etate și este aproape totdeauna insidios. Semnele sunt de regulă minime spre ușoare la debut și scapă sesizării, cu excepția unui observator fin. În majoritatea cazurilor, diskinezia tardivă este ușoară și constituie în primul rând o problemă de cosmetică. În cazurile severe, însă poate fi asociată cu complicații medicale generale (de ex., ulcere pe mucoasa jugală și limbă, pierderea dinților, macroglosie, dificultate în mers, în deglutiție sau respirație, vorbit în surdină, pierdere în greutate, depresie și ideație suicidară). Dacă individul cu diskinezie tardivă suprimă medicația neuroleptică, diskinezia se remite în decurs de 3 luni într-o treime din cazuri și în 12–18 luni în mai mult de 50% din cazuri, însă aceste procente sunt mai scăzute la persoanele în etate. Când indivizii care primesc o medicație neuroleptică sunt examinați periodic, se constată că diskinezia tardivă este stabilă în decursul timpului în aproape jumătate din cazuri, se agravează într-un sfert și se ameliorează în rest. În general, indivizii mai tineri tind a se ameliora mai repede; la persoanele în etate există o probabilitate mai mare ca diskinezia tardivă să devină mai severă sau mai generalizată, prin uzul continuu de neuroleptice. Când se întrerupe medicația neuroleptică, se estimează că se remit între 5%–40% din toate cazurile și între 50% și 90% din cazurile ușoare.

## Diagnostic diferențial

Diskineziile care apar în timpul abstinenței de neuroleptice se pot remite prin continuarea abstinenței de medicamentul neuroleptic. Dacă diskinezia persistă timp de cel puțin 4 săptămâni, poate fi justificat diagnosticul de diskinezie tardivă. Diskinezia tardivă indusă de neuroleptice trebuie să fie distinsă de alte cauze de diskinezie orofacială sau corporală. Aceste condiții includ **maladia Huntington, maladia Wilson, coreea (reumatică), Sydenham, lupusul eritematos sistemic, tireotoxicoza, intoxicația cu metale grele, protezele dentare rău fixate, diskinezia datorată altor medicamente, cum ar fi l-dopa, bromocriptina** sau **amantadina** și **diskineziile spontane**. Factorii care pot fi utili în efectuarea acestei distincții sunt proba că simptomele preced administrarea medicamentului neuroleptic sau că alte

semne neurologice focale sunt prezente. Trebuie reținut că alte tulburări de mișcare pot coexista cu diskinezia tardivă indusă de neuroleptice. Deoarece diskinezia spontană poate surveni în mai mult de 5% dintre indivizi și, de asemenea, este mai frecventă la persoanele în etate, poate fi dificil de probat că medicamentele neuroleptice au produs diskinezia la un anumit individ. Diskinezia tardivă indusă de neuroleptice trebuie să fie distinsă de simptomele datorate unei tulburări de mișcare acute induse de neuroleptice (de ex., **distonia acută indusă de neuroleptice** sau **akatisia acută indusă de neuroleptice**). Distonia acută indusă de neuroleptice se dezvoltă în decurs de 7 zile, iar akatisia acută indusă de neuroleptice se dezvoltă în decurs de 4 săptămâni de la începerea tratamentului sau creșterea dozei unui medicament neuroleptic (ori reducerea dozei unei medicament utilizat pentru tratamentul simptomelor extrapiramidale acute). Diskinezia tardivă indusă de neuroleptice, pe de altă parte, survine în cursul administrării (sau abstinenței) unui medicament neuroleptic la indivizii cu un istoric de uz de un neuroleptic timp de cel puțin 3 luni (sau 1 lună la persoanele în etate).

## Criteriile de cercetare pentru 333.82 Diskinezia Tardivă indusă de Neuroleptice

A. Mișcări involuntare ale limbii, mandibulei, trunchiului sau extremităților apărute în asociere cu uzul unui medicament neuroleptic.

B. Mișcările involuntare sunt prezente o perioadă de cel puțin 4 săptămâni și survin în oricare dintre următoarele patternuri:

(1) mișcări coreiforme (adică, rapide, spasmodice, nonrepetitive);
(2) mișcări atetoide (adică, lente, sinuoase, continue);
(3) mișcări ritmice (adică, stereotipe).

C. Semnele sau simptomele de la criteriile A și B apar în cursul administrării unui medicament neuroleptic sau în decurs de 4 săptămâni de la retragerea unui medicament neuroleptic administrat oral (sau în decurs de 8 săptămâni de la retragerea unui neuroleptic depôt).

D. A existat administrarea unui medicament neuroleptic timp de cel puțin 3 luni (1 lună, dacă individul este în etate de 60 ani sau mai mult).

E. Simptomele nu se datorează unei condiții neurologice sau medicale generale (de ex., maladia Huntington, coreea Sydenham, diskinezia spontană, hipertiroidismul, maladia Wilson), protezele dentare rău fixate, sau administrarea altor medicamente care cauzează diskinezie reversibilă acută (de ex., L-dopa, bromocriptina). Proba că simptomele sunt datorate uneia dintre aceste etiologii poate include următoarele: simptomele preced administrarea unui medicament neuroleptic sau sunt prezente semne neurologice focale neexplicate.

F. Simptomele nu sunt explicate mai bine de o tulburare de mișcare acută indusă de neuroleptice (de ex., distonia acută indusă de neuroleptice, akatisia acută indusă de neuroleptice).

# 333.1 Tremorul Postural indus de Medicamente

## Elemente de diagnostic

Elementul esențial al tremorului postural indus de medicamente îl constituie un tremor postural fin care s-a dezvoltat în asociere cu uzul unui medicament. Medicamentele cu care poate fi asociat un astfel de tremor includ litiul, medicamentele betaadrenergice (de ex., izoproterenolul), stimulantele (de ex., amfetamina), medicamentele dopaminergice, anticonvulsivantele (de ex., acidul valproic), medicamentele neuroleptice, antidepresivele și metilxantinele (de ex., cafeina, teofilina). Tremorul este o oscilație ritmică, regulată, a membrelor (cel mai frecvent a mâinilor și degetelor), capului, gurii sau limbii, cu o frecvență între 8 și 12 cicli pe secundă. Tremorul este foarte ușor de observat când partea afectată a corpului este ținută într-o postură susținută (de ex., mâinile întinse, gura ținută deschisă). Când un individ descrie un tremor care este concordant cu această definiție, dar clinicianul nu observă direct tremorul, poate fi util să se încerce recrearea situației în care a survenit tremorul (de ex., băutul dintr-un pahar sau farfurioară). Simptomele nu se datorează unui tremor indus nonfarmacologic, preexistent, și nu sunt explicate mai bine de parkinsonismul indus de neuroleptice.

## Elemente asociate

Cele mai multe informații disponibile se referă la tremorul indus de litiu. Tremorul indus de litiu este un efect secundar frecvent al dozelor terapeutice, este bine tolerat și de regulă este benign. Tremorul poate cauza însă disconfort social, dificultăți profesionale și noncompliență la unii indivizi. Pe măsură ce concentrațiile serice ale litiului se apropie de nivelele toxice, tremorul poate deveni mai grosier și poate fi acompaniat de contractură musculară, fasciculații sau ataxie. Tremorul nontoxic indus de litiu se poate ameliora spontan cu timpul. O diversitate de factori pot crește riscul de tremor indus de litiu (de ex., etatea avansată, concentrațiile serice mari de litiu, medicația antidepresivă sau neuroleptică concomitentă, ingestia excesivă de cafeină, istoricul personal sau familial de tremor, prezența dependenței alcoolice și anxietatea asociată). Frecvența acuzelor referitoare la tremor pare a diminua cu durata tratamentului cu litiu. Factorii care pot exacerba tremorul includ anxietatea, stresul, fatigabilitatea, hipoglicemia, tireotoxicoza, feocromocitomul, hipotermia și abstinența alcoolică.

## Diagnostic diferențial

Tremorul postural indus de medicamente trebuie distins de un **tremor preexistent**, care nu este cauzat de efectele unui medicament. Factorii care ajută la precizarea faptului că tremorul era preexistent includ relația sa temporală cu începutul administrării medicamentului, lipsa de corelare cu concentrațiile serice ale medicamentului și persistența după ce medicamentul a fost întrerupt. Dacă este prezent un tremor preexistent neindus farmacologic, care se agravează prin administrarea medicamentului, un astfel de tremor nu trebuie să fie considerat ca satisfăcând criteriile pentru un tremor postural indus de medicamente, ci trebuie codificat ca **tulburare de mișcare indusă de un medicament fără altă specificație**. Factorii descriși mai sus, care pot contribui la severitatea unui tremor postural indus de un medicament (de ex., anxietatea, stresul, fatigabilitatea, hipoglicemia, tireotoxicoza, feocromocitomul, hipotermia și abstinența alcoolică) pot fi, de asemenea, o cauză de tremor independent de medicamente.

Tremorul postural indus de medicamente nu este diagnosticat dacă tremorul este explicat mai bine de **parkinsonismul indus de neuroleptice**. Un tremor postural indus de medicamente este de regulă absent în repaus și se intensifică atunci când partea afectată intră în acțiune sau este ținută într-o poziție susținută. Din contra, tremorul în legătură cu parkinsonismul indus de neuroleptice este de regulă mai redus ca frecvență, se agravează în repaus și dispare în cursul unei mișcări intenționale și survine de regulă în asociere cu alte simptome de parkinsonism indus de neuroleptice (de ex., akinezia, rigiditatea).

### Criteriile de cercetare pentru 333.1 Tremorul Postural indus de Medicamente

A. Un tremor postural fin care a apărut în asociere cu uzul unui medicament (de ex., litiul, un medicament antidepresiv, acidul valproic).

B. Tremorul (adică, o oscilație ritmică, regulată, a membrelor, capului, gurii sau limbii) are o frecvență de 8-12 cicli pe secundă.

C. Simptomele nu se datorează unui tremor preexistent neindus farmacologic. Proba că simptomele nu se datorează unui tremor preexistent poate include următoarele: tremorul era prezent înainte de introducerea medicamentului, tremorul nu se corelează cu nivelul seric al medicamentului și tremorul persistă și după întreruperea medicamentului.

D. Simptomele nu sunt explicate mai bine de parkinsonismul indus de neuroleptice.

## 333.90 Tulburare de Mișcare indusă de Medicamente Fără Altă Specificație

Această categorie este rezervată tulburărilor de mișcare induse de medicamente care nu satisfac criteriile pentru nici una din tulburările specifice mai sus menționate. Exemplele includ 1) parkinsonismul, akatisia acută, distonia acută sau mișcarea diskinetică, asociate cu un alt medicament decât un neuroleptic, 2) un tablou clinic asemănător sindromului neuroleptic malign, asociat cu un alt medicament decât un neuroleptic, 3) distonia tardivă.

## Axele propuse pentru Studiu Suplimentar

### Scala de Funcționare a Apărării (Defensive Functioning Scale)

*Mecanismele de apărare* (sau stilurile de a face față) [coping styles] sunt procese psihologice automate care protejează individul contra anxietății și contra conștientizării pericolelor sau stresorilor interni sau externi. Indivizii sunt adesea inconștienți de aceste procese în timp ce ele operează. Mecanismele de apărare

mediază reacția individului la conflictele emoționale și la stresorii interni și externi. Mecanismele de apărare individuale sunt împărțite conceptual și empiric în grupe corelate care sunt denumite *nivele de apărare*.

Pentru a utiliza scala de funcționare a apărării, clinicianul trebuie să menționeze până la șapte dintre stilurile de apărare sau de a face față specifice (începând cu cel mai proeminent), și apoi să indice nivelul de apărare predominant manifestat de individ. Acestea trebuie să reflecte stilurile de apărare sau de a face față utilizate în timpul evaluării, suplimentate de indiferent ce alte informații sunt disponibile referitor la patternurile de a face față sau de apărare în cursul ultimei perioade de timp care a precedat evaluarea. Mecanismele de apărare specifice listate pot fi extrase din diferitele nivele de apărare.

Axa de funcționare a apărării este prezentată prima, urmată de o formă de înregistrare. Restul secțiunii constă dintr-o listă de definiții pentru mecanismele de apărare și stilurile de a face față specifice.

## Nivelele de apărare și mecanismele de apărare ale individului

**Nivelul adaptativ ridicat.** Acest nivel de funcționare a apărării duce la o adaptare optimă în dominarea stresorilor. Aceste apărări de regulă maximalizează gratificația și permit conștientizarea intențională a sentimentelor, ideilor și consecințelor lor. De asemenea, ele susțin echilibrul optim dintre motive opuse. Exemple de apărări la acest nivel sunt

- anticiparea
- afilierea
- altruismul
- umorul
- autoafirmarea
- autoobservarea
- sublimarea
- suprimarea

**Nivelul inhibițiilor mentale (formarea compromisului).** Funcționarea apărării la acest nivel ține în afara conștiinței, ideile, sentimentele, amintirile, dorințele sau fricile posibil amenințătoare. Exemple sunt

- deplasarea
- disocierea
- intelectualizarea
- izolarea afectului
- formarea reacției
- represiunea
- anularea

**Nivelul minor de distorsionare a imaginii.** Acest nivel este caracterizat prin distorsiuni în imaginea de sine, imaginea corporală ori imaginea altora, care pot fi utilizate pentru a regla stima de sine. Exemple sunt

- devalorizarea
- idealizarea
- omnipotența

**Nivelul de dezavuare.** Acest nivel se caracterizează prin ținerea stresorilor, impulsurilor, ideilor, afectelor sau responsabilităților neplăcute și inacceptabile în afara conștiinței, cu sau fără o atribuire eronată a acestora unor cauze externe. Exemple sunt

- negarea
- proiecția
- raționalizarea

**Nivelul major de distorsionare a imaginii.** Acest nivel se caracterizează prin distorsionarea grosieră sau atribuirea eronată a imaginii de sine sau de alții. Exemple sunt

- fantezia autistă
- identificarea proiectivă
- scindarea imaginii de sine ori a imaginii altora

**Nivelul de acțiune.** Acest nivel se caracterizează printr-o funcționare a apărării care rezolvă stresorii interni sau externi prin acțiune sau abținere. Exemple sunt

- trecerea la acțiune
- retragerea apatică
- acuzarea refuzării ajutorului
- agresiunea pasivă

**Nivelul de dereglare a apărării.** Acest nivel se caracterizează prin incapacitatea reglării apărării de a restrânge reacția individului la stresori, ducând la o ruptură pronunțată cu realitatea obiectivă. Exemple sunt

- proiecția delirantă
- negarea psihotică
- distorsiunea psihotică

# Forma de înregistrare: Scala de Funcționare a Apărării

A. **Apărările curente sau stilurile de a face față:** A se lista în ordine, începând cu cele mai notabile stiluri de apărare sau de a face față.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

B. **Nivelul predominant de apărare curentă:** _____

## Exemple

| | | |
|---|---|---|
| Axa I: | 296.32 | Tulburare depresivă majoră, recurentă, moderată |
| | 305.40 | Abuz de sedative, hipnotice sau anxiolitice |
| Axa II: | 301.83 | Tulburare de personalitate borderline |
| | | Elemente de personalitate antisocială |
| Axa III: | 881.02 | Dilacerarea articulației pumnului |
| Axa IV: | | Arestare recentă |
| | | Alungare de acasă de către părinți |
| Axa V: | EGF = 45 (actual) | |

A. **Apărările curente sau stilurile de a face față:**

1. disociere
2. identificare prin proiecție
3. trecerea la acțiune
4. devalorizare
5. omnipotență
6. negare
7. proiecție

B. **Nivelul predominant de apărare curentă:** nivelul major de distorsionare a imaginii.

## Glosar de mecanisme de apărare specifice și de stiluri de a face față

**Acuzarea refuzului ajutorului (help-rejecting complaining).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin solicitarea sau formularea de cereri repetate de ajutor care deghizează sentimentele de ostilitate sau de repros mascat față de alții, care sunt apoi exprimate prin refuzarea sugestiilor, consiliilor sau ajutorului pe care il oferă alții. Solicitările sau cererile pot implica simptome somatice sau psihologice ori probleme de viață.

**Afiliere (affiliation).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin întoarcerea spre alții pentru ajutor sau suport. Aceasta implică împărtășirea problemelor cu alții, dar nu și încercarea de a face pe altcineva răspunzător de ele.

**Agresiune pasivă (passive aggression).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin exprimarea indirectă și neasumată a agresiunii față de alții. Există o fațadă de supunere manifestă care maschează rezistența, resentimentul sau ostilitatea ascunsă. Agresiunea pasivă survine adesea ca răspuns la cererile de acțiune sau execuție independentă ori la lipsa de gratificare a dorințelor de dependență, dar poate fi adaptativă pentru indivizii în poziții de subordonare, care nu au altă modalitate de a-și exprima protestul în mod deschis.

**Altruism (altruism).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin a se dedica satisfacerii necesităților altora. Contrar autosacrificiului caracteristic uneori formării reacției, individul primește gratificație, fie în mod vicariant, fie din răspunsul altora.

**Anticipare (anticipation).** Individul rezolvă conflictul emoțional sau stresorii interni sau externi prin experientarea reacțiilor în avans sau anticiparea consecințelor unor posibile evenimente viitoare și luarea în considerație realistă a răspunsurilor sau soluțiilor alternative.

**Anulare.** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin cuvinte sau comportamente destinate să nege sau să corecteze în mod simbolic gânduri, sentimente sau acțiuni inacceptabile.

**Autoafirmare (self-assertion).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii prin exprimarea gândurilor și sentimentelor sale direct, într-un mod care nu este coercitiv sau manipulativ.

**Autoobservație (self-observation).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii prin reflectarea la propriile sale gânduri, sentimente, motivații și comportamente, și răspunzând adecvat.

**Deplasare (displacement).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin transferarea unui sentiment ori a unui răspuns la un obiect pe un alt obiect substitut (de regulă, mai puțin amenințător).

**Devalorizare (devaluation).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin atribuirea unor calități negative exagerate sieși sau altora.

**Disociere (dissociation).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi printr-o destrămare a funcțiilor de regulă integrate ale conștiinței, memoriei, percepției de sine sau percepției ambianței ori a comportamentului senzorial/motor.

**Fantezie autistă (autistic fantasy).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin visare excesivă, ca un substitut pentru relațiile umane, o acțiune mai eficientă sau rezolvarea de probleme.

**Formarea reacției (reaction formation).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin substituirea de comportamente, gânduri sau sentimente diametral opuse gândurilor sau sentimentelor sale proprii, care sunt inacceptabile (aceasta survine de regulă în legătură cu refularea lor).

**Idealizare (idealization).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin atribuirea de calități pozitive exagerate, altora.

**Identificare proiectivă (projective identification).** Ca și în proiecție, individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin atribuirea, în mod fals, altuia a propriilor sentimente, impulsuri sau gânduri inacceptabile. Contrar proiecției simple, individul nu neagă complet ceea ce este proiectat. În schimb, individul rămâne conștient de propriile sale afecte sau impulsuri, dar le atribuie în mod eronat altei persoane ca reacții justificate. Nu rar, individul induce sentimente adevărate la alții, care mai întâi au fost în mod eronat crezuți a fi acolo, făcând dificil de clarificat cine a făcut primul, ce și cui.

**Intelectualizare (intellectualization).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin uzul excesiv al gândirii abstracte sau formularea de generalizări pentru a controla sau minimaliza sentimentele perturbante.

**Izolarea afectului (isolation of affect).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin separarea ideilor de sentimentele asociate cu ele inițial. Individul pierde contactul cu sentimentele asociate cu o anumită idee (de ex., un eveniment traumatic) în timp ce rămâne conștient de elementele cognitive ale acesteia (de ex., detaliile descriptive).

**Omnipotență (omnipotence).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin sentimente și acțiuni, ca și cum el ar poseda puteri sau capacități speciale și este superior altora.

**Proiecție (projection)** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin atribuirea în mod fals altuia a sentimentelor, impulsurilor sau gândurilor proprii inacceptabile.

**Raționalizare (rationalization).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin ascunderea adevăratelor motivații ale gândurilor, acțiunilor sau sentimentelor proprii, prin elaborarea de explicații reasigurante sau autoservante, dar incorecte.

**Refuz (denial).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin refuzul recunoașterii unui aspect neplăcut al realității externe ori experienței subiective care ar fi evident altora. Termenul de *refuz psihotic* este utilizat când există o deteriorare severă a simțului critic.

**Reprimare (repression) [refulare].** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin excluderea dorințelor, gândurilor sau experiențelor perturbante din conștiință. Componenta afectivă poate rămâne conștientă, detașată de ideile asociate.

**Scindare.** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin compartimentarea stărilor afective opuse, dar este incapabil să integreze calitățile pozitive și negative ale sale sau ale altora în imagini coerente. Deoarece afectele ambivalente nu pot fi experientate simultan, opiniile și expectațiile mai echilibrate de sine sau de alții sunt excluse din conștiința emoțională. Imaginile de sine și de obiecte tind a alterna între poli diametral opuși: tandru, puternic, merituos, educat și generos în mod exclusiv — sau rău, odios, mânios, distructiv, rejectant sau mizerabil în mod exclusiv.

**Sublimare (sublimation).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin canalizarea sentimentelor sau impulsurilor potențial dezadaptative într-un comportament acceptabil social (de ex., vine în contact cu sportul spre a canaliza impulsurile coleroase).

**Suprimare (suppression).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi prin a evita în mod intenționat să se gândească la problemele, dorințele, sentimentele sau experiențele perturbante.

**Trecerea la acțiune (acting out).** Individul rezolvă conflictul emoțional ori stresorii interni sau externi mai curând prin acțiuni decât prin reflecții sau sentimente. Această definiție este mai largă decât conceptul original de punere în act a transferului sentimentelor sau dorințelor în cursul psihoterapiei și este înțeleasă a include comportamentul care provine, atât din interiorul, cât și din afara relației de transfer. Trecerea la acțiune defensivă nu este sinonimă cu „comportamentul rău", deoarece ea necesită proba că comportamentul este în legătură cu conflicte emoționale.

**Umor (humor).** Indivizii rezolvă conflictul emoțional sau stresorii externi prin sublinierea aspectelor amuzante sau ironice ale conflictului sau stresorilor.

# Scala de Evaluare Globală a Funcționării Relaționale (SEGFR) [Global Assessment of Relational Functioning (GARF) Scale]

**Instrucțiuni:** Scala EGFR poate fi utilizată pentru a indica o apreciere globală a funcționării unei familii sau a altei relații neîntrerupte, pe un continuum ipotetic, mergând de la o funcționare relațională optimă la o relație disfuncțională, ruptă. Ea este similară axei V (Scala de Evaluare Globală a Funcționării) pentru indivizi în DSM-IV. Scala EGFR permite clinicianului să aprecieze gradul la care o familie sau altă unitate relațională neîntreruptă satisface necesitățile afective sau instrumentale ale membrilor ei în următoarele domenii:

A. *Rezolvarea de probleme* — aptitudini în negocierea scopurilor, regulilor și rutinelor; adaptabilitatea la stres; aptitudini de comunicare; capacitatea de a rezolva conflictul

B. *Organizare* — menținerea rolurilor interpersonale și a limitelor subsistemului; funcționarea ierarhică; coalițiile și distribuția puterii, controlului și responsabilității

C. *Climat afectiv* — tonul și gama sentimentelor; calitatea atenției, empatiei, implicării și atașamentului/obligației; împărtășirea valorilor; reactivitatea afectivă, respectul și considerația reciprocă; calitatea funcționării sexuale.

În cele mai multe cazuri, scala EGFR trebuie utilizată pentru a evalua activitatea în cursul perioadei curente (adică, nivelul de funcționare relațională în timpul evaluării). În unele situații, scala EGFR poate fi utilizată, de asemenea, pentru a evalua funcționarea și în alte perioade de timp (adică, cel mai înalt nivel de funcționare relațională pentru cel puțin câteva luni în cursul anului trecut).

**Notă:** A se utiliza coduri intermediare, specifice, când este posibil, de exemplu, 45, 68, 72. Dacă nu sunt adecvate informații detaliate pentru a efectua o evaluare specifică, utilizați jumătățile celor cinci grade, adică, 90, 70, 50, 30 sau 10.

**Total 81–100:** *Unitatea relațională funcționează satisfăcător, după cum rezultă din autorelatarea participanților și din perspectiva observatorilor.*

Se acceptă că există patternuri sau rutine care ajută la satisfacerea necesităților comune ale fiecărei familii sau membru al cuplului; există flexibilitate la schimbare, ca răspuns la cereri sau evenimente insolite, iar conflictele ocazionale și tranzițiile stresante sunt rezolvate prin comunicare și negociere, care soluționează problema.

Există o înțelegere și un acord împărtășit în legătură cu rolurile și sarcinile adecvate, luarea deciziilor este stabilită pentru fiecare domeniu funcțional și există o recunoaștere a caracteristicilor singulare și a valorii fiecărui subsistem (de ex., părinți/soți, frați și alți indivizi).

Există o atmosferă optimistă, corespunzătoare situațional în familie; o gamă largă de sentimente este exprimată și reglată în familie, și există o atmosferă generală de căldură, de tandrețe și de împărtășire a valorilor între toți membrii familiei. Relațiile sexuale ale membrilor adulți sunt satisfăcătoare.

**Total 61–80:** *Funcționarea unității relaționale este într-o anumită măsură insatisfăcătoare. După o perioadă de timp, multe, dar nu toate dificultățile sunt rezolvate fără acuze.*

Rutinele cotidiene sunt prezente, dar există o oarecare suferință și dificultate în a răspunde la insolit. Unele conflicte rămân nerezolvate, dar nu destramă funcționarea familiei.

Luarea deciziilor este de regulă competentă, dar eforturile la controlul unuia de către altul sunt foarte adesea mai mari decât este necesar sau sunt ineficiente. Indivizii și relațiile sunt clar demarcate, dar uneori un sistem specific este depreciat sau făcut țap ispășitor.

Este exprimată o gamă de sentimente, dar cazurile de blocare emoțională sau de tensiune sunt evidente. Căldura și tandrețea sunt prezente, dar alterate de iritabilitatea și frustările membrilor familiei. Activitatea sexuală a membrilor familiei poate fi redusă sau problematică.

**Total 41–60:** Unitatea relațională are ocazional, perioade de funcționare satisfăcătoare și competentă împreună, însă relațiile clar disfuncționale, nesatisfăcătoare, tind să predomine.

Comunicarea este frecvent inhibată de conflictele nerezolvate care interferează adesea cu rutinele cotidiene; există o dificultate semnificativă în adaptarea la stresul familial și schimbarea tradițională.

Luarea deciziilor este numai intermitent competentă și eficientă; de aceste dăți este evidentă, fie rigiditatea excesivă, fie lipsa semnificativă de structurare. Necesitățile individului sunt foarte adesea filtrate de un partener sau de o coaliție.

Supărarea, mânia ineficientă ori insensibilitatea emoțională interferează cu satisfacția familiară. Deși există o oarecare căldură și suport pentru membrii familiei, acesta din urmă este inegal distribuit. Dificultățile sexuale jenante între adulți sunt adesea prezente.

**Total 21–40:** Unitatea relațională este clar și serios disfuncțională; formele și perioadele de timp de relationare satisfăcătoare sunt rare.

Rutinele familiei/cuplului nu satisfac necesitățile membrilor, ele fiind respectate cu strictețe sau ignorate cu nonșalanță. Modificările ciclului de viață, cum ar fi de exemplu, plecările sau intrările într-o unitate relațională, generează conflicte și eșecuri evident frustrante în rezolvarea de probleme.

Luarea deciziilor este tiranică sau foarte ineficace. Caracteristicele singulare ale indivizilor sunt subapreciate sau ignorate fie de coaliții rigide, fie de coaliții fluid confuze.

Există rare perioade de plăcere de viață împreună; distanțarea frecventă sau ostilitatea deschisă reflectă conflicte semnificative care rămân nerezolvate și sunt foarte supărătoare. Disfuncția sexuală dintre membrii adulți este loc comun.

*Total 1–20: Unitatea relațională a devenit prea disfuncțională pentru a reține continuitatea contactului și atașamentului.*

Rutinele familiei/cuplului sunt neglijate (de ex., nu există ore de masă, orar de somn sau de vigilitate); membri familiei nu știu unii de alții unde sunt, ori când vor fi acasă sau plecați; există puțină comunicare eficientă între membrii familiei.

Membrii familiei/cuplului nu sunt organizați de așa manieră încât responsabilitățile personale sau generale să fie recunoscute. Limitele unității relaționale ca întreg și ca subsistem nu pot fi identificate sau căzut de acord asupra lor. Membrii familiei sunt periclitați sau vătămați corporal ori atacați sexual.

Disperarea și cinismul sunt pervasive; există puțină atenție pentru necesitățile emoționale ale altora; nu există aproape nici un sentiment de atașament, obligație sau interes al unuia pentru bunăstarea celuilalt.

0: Informație inadecvată.

## Scala de Evaluare a Funcționării Sociale și Profesionale (SEFPS) [Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)]

SEFPS (SOFAS) este o scală nouă, care diferă de Scala de Evaluare Globală a Funcționării (EFA) (GAF) prin aceea că se centrează exclusiv pe nivelul funcționării sociale și profesionale a individului și nu este influențată direct de severitatea globală a simptomelor psihologice ale individului. De asemenea, în contrast cu scala EGF, orice deteriorare în funcționarea socială și profesională, care este datorată condițiilor medicale generale, este luată în considerație în efectuarea evaluării SEFSP. SEFSP este utilizată de regulă la evaluarea activității în perioada curentă (adică nivelul de funcționare din timpul evaluării). De asemenea, SEFSP poate fi utilizată la evaluarea activității din alte perioade de timp. De exemplu, pentru anumite scopuri poate fi utilă evaluarea activității din cursul anului trecut (respectiv, cel mai înalt nivel de funcționare pentru cel puțin câteva luni din cursul anului trecut).

# Scala de Evaluare a Funcționării Sociale și Profesionale (SEFPS)

Funcționarea socială și profesională se consideră pe un continuum de la funcționarea excelentă la funcționarea deteriorată grosier. Include deteriorările în funcționare datorate limitelor fizice, precum și pe cele datorate deteriorărilor mentale. Pentru a fi luată în considerație, deteriorarea trebuie să fie consecința directă a unor probleme de sănătate mentală sau somatică; nu sunt luate în considerație efectele lipsei de oportunitate sau alte limitări ambientale.

**Cod (Notă: A se utiliza coduri intermediare când sunt adecvate, de exemplu, 45, 68, 72)**

100 Funcționare superioară într-o gamă largă de activități
|
91

90 Funcționare bună în toate domeniile, eficient profesional și social.
|
81

80 Nu mai mult decât o ușoară deteriorare în funcționarea socială, profesională sau
| școlară (de ex., conflicte interpersonale rare, temporar rămânere în urmă în
71 activitatea școlară).

70 Unele dificultăți în funcționarea socială, profesională sau școlară, dar în general
| funcționează bine, are câteva relații interpersonale semnificative.
61

60 Dificultatea moderată în funcționarea socială, profesională sau școlară (de ex., puțini
| amici, conflicte cu egalii sau cu colaboratorii).
51

50 Deteriorarea severă în activitatea socială, profesională sau școlară (de ex., nici un
| fel de amici, incapabil să țină un serviciu).
41

40 Deteriorarea majoră în diverse domenii, cum ar fi serviciul sau școala, relațile de
familie de ex., omul depresiv evită amicii, neglijează familia și este incapabil să
| lucreze; copilul bate de regulă alți copii mai mici, acasă este sfidător și
31 absentează de la școală).

30 Incapacitatea de a funcționa în aproape toate domeniile (de ex., stă în pat toată
| ziua, nu are serviciu, casă sau amicii).
21

20 Ocazional este incapabil să mențină un minim de igienă personală, este incapabil să
| funcționeze independent.
11

10 Incapacitate persistentă de a menține un minimum de igienă personală. Incapabil
| să funcționeze fără să-și prejudicieze sieși sau altora ori fără un suport extern
1 considerabil (de ex., îngrijire și supraveghere).

0 Informație inadecvată

---

**Notă:** Evaluarea funcționării psihologice globale pe scala de la 0-100 a fost operaționalizată de Luborsky în Health-Sickness Rating Scale. Luborsky L: „Clinicians' Judgments of Mintal Health." *Archives of General Psychiatry* 7:407-417, 1962). Spitzer și colegii au efectuat o revizie a Health-Sickness Rating Scale numită Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, și col.: The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance." Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). SOFAS este derivată din GAS iar crearea sa este descrisă în Goldman HH, Skodol AE, Lave TR: „Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning." *American Journal of Psychiatry* 149:1148-1156, 1992

Anexa C

# Glosar de Termeni Tehnici

**Accelerarea vorbirii.** Vorbire crescută cantitativ, accelerată, și dificil sau imposibil de întrerupt. De regulă, [vocea] este, de asemenea, puternică și emfatică. Frecvent, persoana vorbește fără vreo stimulare socială și poate continua să vorbească chiar dacă nu o ascultă nimeni.

**Afazie.** O deteriorare în înțelegerea sau transmiterea de idei prin limbaj în oricare dintre formele sale - citit, scris sau vorbitcare este datorată unei leziuni sau maladii a centrilor cerebrali implicați în limbaj.

**Afect.** Un pattern de comportamente observabile care este expresia unei stări afective (emoții) experientate subiectiv. Exemple comune de afect sunt tristețea, elația (euforia) și mânia. Contrar dispoziției care se referă la un „climat" emoțional mai susținut și pervasiv, afectul se referă la modificări mai fluctuante în „atmosfera" emoțională. Ceea ce se consideră gamă normală a expresiei afectului variază considerabil atât în cadrul aceleiași culturi, cât și între culturi diferite. Perturbările afectului includ:

**afectul obtuz**: reducere semnificativă a intensității expresiei emoționale;
**afectul plat**: absența totală sau aproape totală a oricărui semn de expresie afectivă;
**afectul inadecvat**: discordanță între expresia afectivă și conținutul vorbirii sau ideației;
**afectul labil**: variabilitate anormală a afectului, cu modificări bruște, rapide și repetate în expresia afectivă;
**afectul restrâns sau coarctat**: reducere ușoară în gama și intensitatea expresiei emoționale.

**Afonie.** Incapacitatea de a produce sunetele vorbirii care necesită utilizarea laringelui și care nu se datorează unei leziuni a sistemului nervos central.

**Agitație (agitație psihomotorie).** Activitate motorie excesivă, asociată cu un sentiment de tensiune internă. Activitatea este de regulă improductivă și repetitivă, și constă din comportamente, precum mersul de colo până colo, foitul, răsucitul mâinilor, ruperea îmbrăcămintii și incapacitatea de a sta liniștit.

**Alogie.** O paupertate în gândire care este inferată din observarea vorbirii și comportamentului lingvistic. Pot exista răspunsuri concrete și scurte la întrebări și reducerea cantității de vorbit spontan *(paupertatea limbajului)*. Uneori vorbirea este adecvată cantitativ, dar oferă foarte puțină informație, deoarece este extrem de concretă, extrem de abstractă, repetitivă sau stereotipă *(paupertatea conținutului)*.

**Amnezie.** Pierderea memoriei. Tipurile de amnezie includ:

> **amenzia anterogradă:** pierdere a memoriei evenimentelor care survin după debutul agentului sau condiției etiologice;
> **amnezia retrogradă:** pierdere a memoriei evenimentelor care au survenit înaintea debutului agentului sau condiției etiologice.

**Anxietate.** Anticipare aprehensivă a unui pericol sau nenorociri, acompaniată de o dispoziție disforică sau de simptome somatice de tensiune. Focarul pericolului anticipat poate fi intern sau extern.

**Atacuri de panică.** Perioade distincte de aprehensiune, frică sau teroare intensă, cu debut brusc, asociate adesea cu senzația de moarte iminentă. În timpul acestor atacuri există simptome, precum senzațiile de scurtare a respirației sau de sufocare, palpitații, accelerarea ritmului cardiac, durere sau discomfort precordial, strangulare, și frica de a nu înebuni sau de a-și pierde controlul. Atacurile de panică pot fi **inopinate** (nesemnalizate), în care debutul atacului nu este asociat cu un declanșator situațional, ci survine „din senin", pot fi **legate situațional**, în care atacul de panică survine aproape invariabil imediat la expunerea la o situație declanșantă („semnal") ori la anticiparea acesteia și, în fine, pot fi **predispuse situațional**, în care caz, atacul de panică survine foarte probabil la expunerea la un declanșator situațional, dar nu este asociat în mod invariabil cu acesta.

**Ataxie.** Pierdere parțială sau completă a coordonării mișcării musculare voluntare.

**Atenție.** Capacitate de concentrare de o manieră susținută asupra unui anumit stimul sau activități. Perturbarea în atenție se poate manifesta printr-o distractibilitate facilă sau dificultate în realizarea sarcinilor sau în concentrarea în activitate.

**Avoliție.** Incapacitate de a iniția și de a persista în activități orientate spre un scop. Când este suficient de severă pentru a fi considerată patologică, avoliția este pervasivă și împiedică persoana să termine diferite tipuri de activități (de ex., munca, activitățile intelectuale, autoîngrijirea).

**Catalepsie.** Flexibilitate ceroasă — menținerea unei poziții rigide a corpului o perioadă lungă de timp.

**Cataplexie.** Episoade de pierdere bruscă, bilaterală, a tonusului muscular, ducând la derobarea individului, asociate adesea cu emoții intense, cum ar fi râsul, mânia, frica sau surpriza.

**Comportament catatonic.** Anomalii motorii marcate, incluzând *imobilitatea motorie* (adică, catalepsia sau stupoarea), anumite tipuri de *activitate motorie excesivă*

(agitație, evident, lipsită de scop și neinfluențată de stimuli externi), *negativism extrem* (rezistență, evident, nemotivată la instrucțiuni sau tentative de a fi mobilizat) ori *mutism, posturare* sau *mișcări stereotipe* și *ecolalie* sau *ecopraxie.*

**Condiție intersexuală.** Condiție în care un individ prezintă, amestecate în diverse grade, caracteristici ale fiecărui sex, incluzând forma fizică, organele de reproducere și comportamentul sexual.

**Depersonalizare.** Alterare în perceperea sau experientarea eului de o asemenea manieră, că persoana se simte detașată de propriile procese mentale sau de propriul corp, ca și cum ar fi un observator din afară (de ex., se simte ca și cum ar visa).

**Deraiere** („relaxarea asociațiilor"). Un pattern de limbaj, în care ideile unei persoane trec de la un subiect la altul fără nici o legătură între ele sau sunt legate doar indirect. În deplasarea de la o frază sau propozițione la alta, persoana schimbă în mod caracteristic subiectul de la un cadru de referință la altul, iar lucrurile pot fi spuse într-o juxtapunere din care lipsește o relație cu sens. Perturbarea survine între propoziționi, contrar incoerenței în care perturbarea este în cadrul propoziționii. O schimbare ocazională a subiectului fără preaviz sau conexiune evidentă nu constituie deraiere.

**Derealizare.** Alterare în perceperea sau experientarea lumii externe, de o așa manieră, că aceasta pare străină sau ireală (de ex., oamenii pot părea nefamiliari sau ca niște automate).

**Dezorientare.** Confuzie referitoare la perioada zilei, dată, anotimp (timp), la locul unde se află (loc) sau la cine este (persoană).

**Disforie sexuală.** Aversiune persistentă față de unele sau față de toate caracteristicile fizice sau rolurile sociale pe care le implică sexul biologic al propriei persoane.

**Diskinezie.** Distorsiune a mișcărilor voluntare cu activitate musculară involuntară.

**Disociere.** Ruptură între funcțiile de regulă integrate ale conștiinței, memoriei, identității sau perceperii ambianței. Perturbarea poate fi bruscă sau graduală, tranzitorie sau cronică.

**Dispoziție.** Emoție susținută și pervasivă care colorează perceperea lumii. Exemplele comune de dispoziție includ depresia, elația, mânia și anxietatea. Contrar afectului, care se referă la modificări mai fluctuante în „starea timpului" atmosferei emoționale, dispoziția se referă la un „climat" emoțional mai susținut și mai pervasiv. Tipurile de dispoziție includ:

**dispoziția disforică:** dispoziție neplăcută, cum ar fi tristețea, anxietatea sau iritabilitatea;
**dispoziția crescută:** sentiment exagerat de bine, de euforie sau de elație. O persoană cu dispoziție crescută poate descrie dispoziția ca fiind „exaltată", „excelentă", „în culmea fericirii" și „în al nouălea cer";

**dispoziție eutimică:** dispoziție în gama „normală", ceea ce implică absența dispoziției depresive sau crescute;
**dispoziție expansivă:** lipsa de reținere în exprimarea sentimentelor proprii, asociată frecvent cu supraevaluarea propriei semnificații sau importanțe;
**dispoziția iritabilă:** ușor de contrariat și de provocat spre mânie.

**Dissomnie.** Tulburări primare de somn sau de vigilitate, caracterizate prin insomnie sau hipersomnie, ca simptom major al tabloului clinic. Dissomniile sunt tulburări ale cantității, calității sau orarului (timing) somnului.

**Distonie.** Perturbarea tonicității mușchilor.

**Distractibilitate.** Incapacitate de a menține atenția, adică, comutarea de la un domeniu de subiecte la altul, cu o minimă provocare, ori atenția este atrasă prea frecvent de stimuli externi nesemnificativi sau irelevanți.

**Dizartrie.** Articulare imperfectă a cuvintelor, datorată perturbărilor controlului muscular.

**Ecolalie.** Repetare patologică, asemănătoare papagalicismului și, evident, lipsită de sens a unui cuvânt sau expresii abia spuse de altă persoană.

**Ecopraxie.** Repetarea, prin imitație, a mișcărilor altuia. Acțiunea nu este una intenționată sau voluntară și are calitatea de a fi semiautomată și incontrolabilă.

**Elemente psihotice congruente cu dispoziția.** Idei delirante sau halucinații al căror conținut este în întregime concordant cu temele tipice ale dispoziției depresive sau maniacale. Dacă dispoziția este depresivă, conținutul ideilor delirante sau al halucinațiilor trebuie să implice teme de insuficiență personală, de culpă, maladie, moarte, nihilism sau pedeapsă meritată. Conținutul ideilor delirante poate include teme de persecuție, dacă acestea sunt bazate pe concepte de autodepreciere, cum ar fi pedeapsa meritată. Dacă dispoziția este maniacală, conținutul ideilor delirante sau al halucinațiilor trebuie să implice teme constând din exagerarea valorii, puterii, cunoștințelor sau identității, ori o relație specială cu o divinitate sau cu o persoană celebră. Conținutul ideii delirante poate include teme de persecuție, dacă acestea sunt bazate pe concepte, cum ar fi valoarea exagerată sau pedeapsa meritată.

**Elemente psihotice incongruente cu dispoziția.** Idei delirante sau halucinații al căror conținut nu este concordant cu temele tipice ale dispoziției depresive sau maniacale. În cazul depresiei, ideile delirante sau halucinațiile nu trebuie să includă teme de insuficiență personală, de culpă, maladie, moarte, nihilism sau pedeapsă meritată. În cazul maniei, ideile delirante sau halucinațiile nu trebuie să includă teme de valoare, putere, cunoștințe sau identitate exagerate ori de relație specială cu divinitatea sau cu o persoană celebră. Exemplele de elemente psihotice incongruente cu dispoziția includ ideile delirante de persecuție (fără conținut de autodepreciere sau de grandoare), inserția de gânduri, difuzarea gândirii și ideile delirante de control al căror conținut nu are, după cât de pare, nici o relație cu vreuna din temele mai sus menționate.

**Faza reziduală.** Fază a unei maladii care survine după remisiunea simptomelor floride sau a întregului sindrom.

**Flashback.** Revenirea unei amintiri, sentiment sau experiențe perceptuale din trecut.

**Fobie.** Frică irațională, persistentă, de un anumit obiect, activitate sau situație (stimulul fobic) care duce la dorința irezistibilă de a-l sau de a o evita. Aceasta duce adesea, fie la evitarea stimulului, fie la suportarea lui cu teamă.

**Fugă de idei.** Flux aproape continuu de vorbire accelerată, cu treceri bruște de la un subiect la alt subiect, bazate pe asociații inteligibile, stimuli distractivi sau jocuri de cuvinte. Când este severă, vorbirea poate fi dezorganizată sau incoerentă.

**Grandoare.** Apreciere exagerată a propriei valori, puteri, cunoașteri, importanțe sau identități. Când este extremă, grandoarea poate fi de proporții delirante.

**Gândire magică.** Credința eronată că propriile gânduri, cuvinte sau acțiuni vor cauza sau preveni un anumit deznodământ, într-un mod anume, care sfidează legile înțelegerii comune a cauzei și efectului. Gândirea magică poate fi parte a dezvoltării copilului normal.

**Halucinație.** Percepție senzorială, cu sentimentul irezistibil al realității unei percepții veritabile, dar care survine fără stimularea externă a unui organ senzorial relevant. Halucinațiile trebuie să fie distinse de *iluzii*, în care un stimul extern real este perceput sau interpretat eronat. Persoana poate avea sau nu conștiința faptului că are o halucinație. O persoană cu halucinații auditive poate recunoaște că are o experiență senzorială falsă, în timp ce alta poate fi convinsă că sursa experienței sale senzoriale are o realitate fizică independentă. Termenul de *halucinație* nu se aplică, în general, percepțiilor false care survin în vis, în timpul adormirii *(hipnagogice)* ori al deșteptării din somn *(hipnopompice)*. Experiențe halucinatorii pot surveni și la oamenii fără nici o tulburare mentală. Tipurile de halucinații includ:

**halucinația auditivă**: halucinație implicând perceperea de sunete, dar cel mai frecvent de voci. Unii clinicieni și cercetă tori nu vror să includă acele experiențe percepute ca venind din interiorul capului și vror, în schimb, să limiteze conceptul de halucinații auditive veritabile la acele sunete a căror sursă este percepută ca fiind externă. În DSM IV însă nu se face nici o distincție în funcție de cum sursa vocilor este percepută ca fiind în interiorul sau în afara capului;
**halucinația gustativă**: halucinație implicând perceperea de gusturi (de regulă neplă cute);
**halucinația congruentă cu dispoziția**: vezi elementele psihotice congruente cu dispoziția;
**halucinația incongruentă cu dispoziția**: vezi elementele psihotice incongruente cu dispoziția;
**halucinația olfactivă**: halucinație implicând perceperea unui miros, cum ar fi cel de cauciuc ars sau de pește stricat;
**halucinația somatică**: halucinație implicând perceperea unei experiențe fizice localizate în corp (cum ar fi senzația de electrocutare). Halucinația

somatică trebuie să fie distinsă de senzațiile somatice provenind dintr-o condiție medicală generală încă nediagnosticată de preocuparea hipocondriacă pentru senzațiile somatice normale și de o halucinație tactilă;
**halucinația tactilă**: halucinație implicând perceperea faptului de a fi atins ori a ceva care se afla sub propria-i piele. Cele mai frecvente halucinații tactile sunt senzațiile de șocuri electrice și *furnicătura* (senzația de ceva alunecând sau reptând pe/sau sub tegumente);
**halucinația vizuală**: halucinație implicând vederea și care poate consta din imagini formate, cum ar fi cele de oameni, ori de imagini neformate, cum ar fi flashurile de lumină. Halucinațiile vizuale trebuie distinse de iluzii, care sunt percepții eronate ale unor stimuli externi reali.

**Hiperacuzie**. Sensibilitate dureroasă la sunete.

**Hipersomnie.** Somnolență excesivă manifestată prin somn nocturn prelungit, dificultate în a menține o stare de vigilitate alertă în timpul zilei sau episoade de somn nedorite în timpul zilei

**Ideație paranoidă** . Ideație, de proporții mai reduse decât ideea delirantă , implicând suspiciunea sau convingerea că respectivul este hărțuit, persecutat sau tratatat în mod arbitrar.

**Idee delirantă**. Convingerea falsă, bazată pe o inferență incorectă despre realitatea externă, care este susținută ferm în disprețul a ceea ce aproape oricine crede și în disprețul a ceea ce constituie proba clară și indiscutabilă a evidenței de contrariu. Convingerea nu este una acceptată normalmente de alți membri ai culturii sau subculturii persoanei (de ex., nu este un articol de credință religioasă). Când o convingere falsă implică o judecată de valoare, ea este considerată idee delirantă numai când judecata este atât de extremă, încât sfidează credibilitatea. Convingerea delirantă survine pe un continuum și uneori poate fi inferată din comportamentul individului. Adesea, este dificil de distins între o idee delirantă și o idee prevalentă (în care caz, individul are o idee sau credință irațională dar la care nu ține atât de ferm ca în cazul ideii delirante). Ideile delirante sunt clasificate după conținutul lor. Câteva din cele mai frecvente tipuri sunt menționate mai jos:

**idee delirantă bizară**: idee delirantă care implică un fenomen pe care cultura persoanei l-ar considera ca total implauzibil;
**idee delirantă de gelozie**: idee delirantă că propriul partener sexual este infidel;
**idee delirantă erotomanică**: ideea delirantă că altă persoană, de regulă cu situație înaltă, este îndrăgostită de individ(ă);
**idee delirantă de grandoare**: idee delirantă constând în exagerarea valorii, puterii, cunoștințelor, identității individului ori de relație specială a acestuia cu o divinitate sau cu o persoană celebră;
**idee delirantă congruentă cu dispoziția**: vezi elementele psihotice congruente cu dispoziția;
**idee delirantă incongruentă cu dispoziția**: vezi elementele psihotice incongruente cu dispoziția;
**ideea delirantă de a fi controlat**: idee delirantă în care sentimentele, impulsurile, gândurile sau acțiunile sunt experientate ca fiind sub controlul unor forțe externe, mai curând decât sub controlul propriu;

**idee delirantă de referință:** idee delirantă a cărei temă este aceea că evenimentele, obiectele sau alte persoane din imediata apropiere a cuiva au o semnificație specială și insolită. Aceste idei delirante sunt de regulă de natură negativă sau peiorativă, dar pot fi, de asemenea, și de grandoare în conținut. Acestea diferă de o idee de referință, în care convinerea falsă nu este susținută tot atât de ferm și nu este nici tot atât de complet organizată ca într-o convingere veritabilă;
**idee delirantă de persecuție:** idee delirantă în care tema centrală este că persoana (sau cineva de care persoana este apropiată) este atacată, hărțuită, înșelată, persecutată sau se conspiră contra ei;
**idee delirantă somatică:** idee delirantă al cărei conținut principal este legat de aspectul sau funcționarea propriului corp;
**idee delirantă de difuzare a gândirii:** idee delirantă conform căreia propriile gânduri sunt difuzate cu voce tare în afară, astfel că pot fi percepute de alții;
**idee delirantă de inserție a gândirii:** idee delirantă conform căreia unele dintre gândurile subiectului nu sunt ale sale, ci mai curând sunt inserate în propria-i minte.

**Idee prevalentă.** Idee susținută și nemotivată care este menținută cu o intensitate mai redusă decât cea delirantă (adică, persoana este în stare să recunoască posibilitatea că credința ei poate să nu fie adevărată). Credința nu este una care este acceptată în mod normal de alți membri ai culturii sau subculturii persoanei.

**Idei de referință.** Sentimentul că incidente casuale și evenimente externe au o semnificație particulară și insolită care este specifică pentru persoana respectivă. Aceasta trebuie distinsă de *ideea delirantă de referință* în care există o credință care este menținută cu convingere delirantă.

**Identitate sexuală.** Convingerea intimă a unei persoane că este bărbat sau femeie.

**Iluzie.** Percepție sau interpretare eronată a unui stimul extern real, cum ar fi auzirea foșnetului frunzelor ca sunet de voci. Vezi, de asemenea, halucinația.

**Incoerență.** Limbaj sau gândire care este în esență incomprehensibilă altora, deoarece cuvintele sau expresiile sunt îmbinate împreună fără o conexiune logică sau sens. Această perturbare survine *în cadrul* propoziționii în contrast cu deraierea, în care perturbarea este între propoziționi. Aceasta a fost denumită uneori drept „salată de cuvinte" pentru a face cunoscut gradul de dezorganizare lingvistică. Construcțiile nongramaticale ușoare sau uzajele idiomatice caracteristice anumitor fonduri culturale sau regionale, lipsa de educație sau gradul redus de inteligență, nu trebuie considerate incoerență. În general, termenul nu se aplică atunci când este evident că perturbarea de limbaj este datorată unei afazii.

**Insomnie.** Acuza subiectivă de dificultate în a adormi sau în a rămâne adormit ori de calitate mediocră a somnului. Tipurile de insomnie includ:

**insomnia inițială:** dificultate în a adormi;
**insomnia mediană:** deșteptare din somn în mijlocul nopții urmată de o eventuală readormire, dar dificilă;
**insomnia terminală:** deșteptare din somn înainte de ora uzuală a persoanei și incapacitatea de a readormi.

**Lentoare psihomotorie.** Încetinire generalizată vizibilă a mișcărilor și vorbirii.

**Macropsie.** Percepție vizuală, în care obiectele par a fi mai mari decât sunt în realitate.

**Mecanism de apărare.** Proces psihologic automat care protejază individul contra anxietății și de conștientizare a stresorilor sau pericolelor interne sau externe. Mecanismele de apărare mediază reacția individului la conflictele emoționale și la stresorii externi. Unele mecanisme de apărare (de ex., proiecția, scindarea și trecerea la acțiune) sunt aproape constant dezadaptative. Altele, cum ar fi suprimarea și refuzul, pot fi, fie dezadaptative, fie adaptative, în funcție de severitatea, inflexibilitatea și contextul în care apar. Definițiile mecanismelor de apărare specifice și cum trebuie să fie înregistrate ele utilizând scala de funcționare a apărării, sunt prezentate la pag. 807.

**Medicament agonist.** O entitate chimică extrinsecă până la substanțe produse endogen, care acționează asupra unui receptor și este capabilă să producă maximumul de efect care poate fi produs prin stimularea acelui receptor. Un agonist parțial este capabil numai de producerea unui efect mai puțin decât maximal, când este administrat într-o concentrație suficientă spre a se lega cu toți receptorii disponibili.

**Medicament agonist/antagonist.** O entitate chimică extrinsecă până la substanțe produse endogen, care acționează asupra unei familii de receptori (cum ar fi receptorii opiacei miu, delta și kappa) de o asemenea manieră, că el este un agonist sau agonist parțial pentru un tip de receptor și antagonist pentru un altul.

**Medicament antagonist.** O entitate chimică extrinsecă până la substanțe produse endogen care ocupă un receptor, nu produc nici un fel de efecte fiziologice și împiedică substanțele chimice endogene și exogene să producă un efect asupra acelui receptor.

**Micropsie.** Percepție vizuală, în care obiectele par a fi mai mici decât sunt în realitate.

**Mișcări stereotipe.** Comportament motor repetitiv, evident impulsiv și nonfuncțional (de ex., scuturatul sau unduirea mâinilor, balansarea corpului, lovitul cu capul, apucarea obiectelor cu gura, automușcarea, pișcarea tegumentelor sau a orificiilor corpului, lovirea propriului corp).

**Nistagmus.** Mișcări ritmice involuntare ale ochilor, constând din tremurături rapide de mică amplitudine într-o direcție, și o mișcare mai amplă, lentă, recurentă, în direcție opusă. Nistagmusul poate fi orizontal, vertical sau rotator.

**Parasomnie.** Comportament anormal sau evenimente fiziologice survenite în cursul somnului sau al tranzițiilor somn-vigilitate.

**Personalitate.** Patternuri durabile de percepere, relaționare și gândire despre ambianță și despre sine. *Trăsăturile de personalitate* sunt aspecte proeminente ale personalității care sunt prezentate într-o largă gamă de contexte sociale și personale importante. Numai când trăsăturile de personalitate sunt inflexibile și

dezadaptative, și cauzează, fie deteriorare funcțională semnificativă, fie detresă subiectivă, constituie o tulburare de personalitate.

**Prodrom.** Semn sau simptom premonitor sau precoce al unei tulburări.

**Psihomotorie, Agitație.** Vezi agitația.

**Psihotic.** Istoric, acest termen a primit un număr de definiții diferite, dintre care nici una nu a fost universal acceptată. Cea mai îngustă definiție a *psihoticului* este restrânsă la idei delirante sau la halucinații notabile, cu halucinații survenind în absența conștientizării naturii lor patologice. O definiție ușor mai puțin restrictivă include și halucinații notabile pe care individul le conștientizează ca fiind experiențe halucinatorii. Mai largă încă, este definiția care include, de asemenea, și alte simptome pozitive de schizofrenie (adică, limbajul dezorganizat, comportamentul catatonic sau grosier dezorganizat). Contrar acestor definiții bazate pe simptome, definițiile utilizate în DSM-II și CIM-9 erau probabil, de departe, prea inclusive și centrate pe severitatea deteriorării funcționale, astfel că o tulburare mentală era etichetată ca *psihotică*, dacă ducea la „o deteriorare care interfera cu capacitatea de a satisface exigențele normale ale vieții". În cele din urmă, termenul a fost definit conceptual ca o pierdere a limitelor eului sau ca o deteriorare flagrantă a testarii realității. Pe baza elementelor lor caracteristice, diferitele tulburări din DSM-IV subliniază aspecte diferite ale diverselor definiții ale *psihoticului*.

**Rolul sexului.** Atitudini, patternuri de comportament și atribute ale personalității definite de cultura în care trăiește persoana ca fiind roluri sociale consacrate ca „masculine" sau „feminine".

**Semn.** Manifestare obiectivă a unei condiții patologice. Semnele sunt observate mai curând de examinator decât relatate de individul afectat.

**Sex.** Statusul biologic al unei persoane ca bărbat, femeie sau incert. În funcție de circumstanțe, această precizare poate fi bazată pe aspectul organelor genitale externe sau pe kariotip.

**Simptom.** Manifestare subiectivă a unei condiții patologice. Simptomele sunt raportate mai curând de individul afectat decât observate de examinator.

**Simptom de conversie.** Pierdere sau alterare a activității motorii voluntare sau senzoriale sugerând o condiție neurologică sau medicală generală. Factorii psihologici sunt considerați a fi asociați cu dezvoltarea simptomului, iar simptomul nu este explicat pe deplin de o condiție neurologică sau medicală generală ori de efectele directe ale unei substanțe. Simptomul nu este produs intenționat sau simulat și nu este sancționat cultural.

**Sindrom.** Grupare de semne sau simptome pe baza coapariției lor frecvente, ceea ce poate sugera o patogeneză subiacentă, evoluție, pattern familial sau selecție a tratamentului comună.

**Sinestezie.** Condiție în care o experiență senzorială asociată cu o modalitate survine când este stimulată altă modalitate, de exemplu, un sunet produce senzația unei anumite culori.

**Stresor psihosocial.** Orice eveniment de viață sau schimbare de viață care poate fi asociat temporar (și poate că și cauzal) cu debutul, survenirea sau exacerbarea unei tulburări mentale.

**Stupor.** Stare de nonreactivitate cu imobilitate și mutism.

**Tic.** Mișcare motorie sau vocalizare stereotipă, nonritmică, recurentă, rapidă, bruscă, involuntară.

**Transexualism.** Disforie sexuală severă, cuplată cu dorința persistentă de a avea caracteristicile fizice și rolurile sociale pe care le implică sexul biologic opus.

Anexa D

# Evidențierea modificărilor din DSM-IV Text Revizuit

Această anexă oferă o vedere generală asupra modificărilor făcute textului. De reținut că ceea ce urmează nu este un ghid exhaustiv, modificările în redactare făcute pentru claritatea și extinderea secțiunilor de diagnostic diferențial ale textului nefiind incluse aici. De asemenea, trebuie notat că majoritatea paragrafelor DSM-IV nu au fost revizuite, ceea ce indică faptul că, chiar după reevaluarea literaturii, cele mai multe informații din textul original rămân actuale.

**Introducere.** Au fost adăugate mai multe paragrafe descriind procesul de revizuire a textului DSM-IV și a fost adăugat un text suplimentar în secțiunea uzului raționamentului clinic referitor la importanța metodei de colectare a datelor în a stabili faptul dacă au fost satisfăcute criteriile de diagnostic.

**Evaluarea multiaxială.** Au fost extinse considerabil instrucțiunile pentru efectuarea unei evaluări cu Global Assessment of Functioning. Au fost adăugate comentarii referitoare la aplicarea GAF la perioada curentă și la structura subiacentă a scalei (adică, fiecare element are o componentă simptomatologică și una funcțională ). În final este prevăzută o metodă în patru trepte spre a garanta faptul că nici un element al scalei GAF nu este omis când se face o evaluare GAF.

## Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau în adolescență

**Retardarea mentală.** Au fost adăugate informații suplimentare în legătură cu asocierea anumitor factori etiologici și simptome și tulburări comorbide (de ex., sindromul X fragil și tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție).

**Tulburările de comunicare.** A fost adăugat un text spre a indica faptul că o evaluare completă a aptitudinii lingvistice a individului poate fi făcută și atunci când testele standardizate nu sunt disponibile sau sunt necorespunzătoare (de ex., pentru că testele disponibile au fost standardizate pe un număr redus de indivizi). Au fost actualizate secțiunile prevalenței și evoluției pentru tulburarea de limbaj expresiv, tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv și tulburarea fonologică, precum și secțiunea evoluției pentru balbism.

**Tulburarea autistă.** A fost modificat textul din secțiunea elementelor de diagnostic spre a scoate în evidență dificultățile din aspectele pragmatice ale limbajului, care sunt extrem de relevante în examinarea funcționării la nivel superior a indivizilor. În afară de aceasta, au fost adăugate exemple mai elocvente de patternuri de comportament, preocupări și activități stereotipe, repetitive și restrânse. De asemenea, a fost modificat textul spre a ilustra faptul că în până la o cincime din cazuri, părinții raportează restrospectiv o dezvoltare relativ normală pentru primii 1 sau 2 ani. A fost actualizată secțiunea deficitelor cognitive și a condițiilor medicale generale asociate. Mărimea valorilor prevalenței a fost revizuită pentru a ilustra faptul că un număr de studii mai recente au sugerat o prevalență mai mare. În secțiunea patternului familial au fost adăugate informații mai precise referitoare la riscul de morbiditate al fraților.

**Tulburarea Rett.** A fost adăugat un text referitor la faptul că unele cazuri de tulburare Rett sunt asociate cu o mutație genetică precisă .

**Tulburarea Asperger.** Din cauza puținelor date disponibile referitoare la această tulburare nou introdusă, textul DSM-IV pentru tulburarea Asperger oferă puțin mai mult decât reformularea criteriilor de diagnostic. În consecință, textul pentru tulburarea Asperger a fost larg revizuit. Sunt oferite exemple de manifestare a deteriorării tipice în intreracțiunea socială reciprocă și în comportamentul și preocupările repetitive și restrânse spre a diferența mai bine acești indivizi de cei cu tulburare autistă. În plus, a fost adăugat un text spre a preciza faptul că cerința pentru nici un fel de întârzieri semnificative în limbaj nu presupune și că indivizii cu tulburare Asperger nu au nici un fel de probleme de comunicare. Secțiunile elementelor și tulburărilor asociate, evoluției și diagnosticului diferențial au fost extinse considerabil și a fost adăugată o secțiune pentru elementele specifice etății.

**Tulburarea de dezvoltare pervasivă FAS.** Definiția a fost modificată pentru a corecta eroarea care permitea ca acest diagnostic să fie pus accidental în cazuri în care există o deteriorare pervasivă doar într-un singur domeniu de dezvoltare (adică, în dezvoltarea interacțiunii sociale reciproce, în aptitudinile de comunicare, comportamentele, preocupările sau activitățile stereotipe). Definiția cere acum să existe o deteriorare în interacțiunea socială reciprocă, aceasta fiind asociată cu o deteriorare în aptitudinile de comunicare sau cu prezența de comportamente, preocupări sau activități stereotipe.

**Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție.** Multe dintre modificări ilustrează diferențele dintre subtipuri. De exemplu, indivizii cu tipurile predominant inatent și combinat tind a prezenta deficite școlare și probleme în legătură cu școala, pe când cei cu tipul predominant impulsiv-hiperactiv tind a fi mai rejectați de egali și a suferi injurii accidentale. Rata sexului este mai puțin predominant masculină la tipul predominant inatent. Sunt incluse informații suplimentare despre elementele asociate (de ex., variabilitate în QI, prezența discordiei familiale) și despre elementele specifice etății (în special, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție la adulți). Estimarea prevalenței a fost revizuită augmentativ, reflectând creșterea prevalenței datorată includerii tipurilor predominant impulsiv hiperactiv și predominant inatent în DSM-IV.

**Tulburarea de conduită** . A fost extinsă lista factorilor de risc pentru dezvoltarea tulburării de conduită. Relația dintre opozitionismul provocator și dezvoltarea ulterioară a tipului de tulburare de conduită cu debut în copilărie este menționată în secțiunea evoluției.

**Tulburarea opozitionismul provocator.** Secțiunea evoluție a textului precizează faptul că deși cazuri de tulburare de conduită cu debut în copilărie sunt precedate adesea de tulburarea opozitionismul provocator, mulți copii cu această tulburare nu vor ajunge să prezinte tulburare de conduită .

**Pica.** Sunt prevăzute date referitoare la prevalență, și este menționată comorbiditatea cu tulburările pervasive de dezvoltare.

**Tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării.** Au fost făcute modificări în secțiunile prevalenței (este menționată prevalența în comunitate) și evoluției (persistența taliei și greutății scăzute în adolescență comparativ cu egalii).

**Ticurile.** A fost corectat setul de criterii al DSM-IV pentru ticuri prin eliminarea cerinței de „deteriorare sau detresă semnificativă clinic" care era adăugată la majoritatea tulburărilor DSM-IV (printre care și la ticuri). Acest criteriu era problematic în ticuri pentru mai multe motive, cum ar fi faptul că venea în contradicție cu experiența clinică (mulți copii cu tulburarea Tourette nu prezintă detresă sau deteriorare) și că împiedica cercetarea epidemiologică și studiile familiale. Alte modificări ale textului includ o descriere extinsă a tipurilor de ticuri, o extindere a secțiunii diagnosticului diferențial (adică, a diferențierii dintre ticuri și alte tipuri de mișcări), precum și a secțiunilor elemente și tulburări asociate (incluzând patternurile de comorbiditate), elememente specifice etății (rata sexului), prevalență, evoluție și pattern familial ale tulburării Tourette.

**Encoprezisul.** Encoprezisul cu constipație funcțională este forma cea mai frecventă. Textul referitor la predispozițiile fiziologice la constipație a fost actualizat și extins.

**Enurezisul.** Au fost adă ugate noi informații despre mecanismele subiacente tipului exclusiv diurn. Au fost actualizate secțiunile, elemente și tulburări asociate (în special, factorii predispozanți), prevalență și pattern familial.

**Anxietatea de separare.** Au fost actualizate secțiunile prevalență și evoluție pentru a indica faptul că există o reducere a prevalenței mergând din copilărie spre adolescență și că cei mai mulți copii cu anxietate de separare nu mai prezintă tulburarea în studiile catamnestice extinse.

**Tulburarea reactivă de atașament.** Au fost actualizate secțiunile „Elemente și tulburări asociate" (factorii de risc, cum ar fi neglijența extremă și hospitalismul) și evoluție (persistența sociabilității indiscriminative).

**Tulburarea de mișcare stereotipă.** Pișcatul patologic al tegumentelor a fost înlăturat din lista de exemple - astfel de cazuri trebuind să fie diagnosticate ca

tulburare a controlului impulsului FAS. A fost modificată secțiunea elemente și tulburări asociate (respectiv, precizarea faptului că tulburarea poate surveni și la indivizi fără întârziere în dezvoltare).

## Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive

**Deliriumul.** Secțiunea elementelor și tulburărilor asociate a fost modificată pentru a scoate în evidență prezența a două varietăți de delirium, hiperactiv și hipoactiv. A fost adăugat, de asemenea, text în secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii pentru a ilustra constatarea că etatea avansată constituie un factor de risc pentru delirium în diverse studii populaționale, chiar după ce alți factori de risc (cum ar fi o maladie concomitentă) se află sub control. Date despre prevalența deliriumului la diverși indivizi suferind de afecțiuni medicale sunt disponibile acum (de ex., pînă la 60% dintre rezidenții unui cămin de bătrâni în etate de 75 ani sau peste pot prezenta delirium). Importanța recunoașterii și tratării precoce a deliriumului este subliniată în adaosurile substanțiale din secțiunea evoluției a textului (de ex., indivizii cu o funcționare somatică și cognitivă premorbidă mai bună au o recuperare mai bună ).

**Deliriumul datorat unei condiții medicale generale.** Lista condițiilor medicale generale asociate a fost reorganizată și actualizată .

**Deliriumul indus de o substanță.** A fost completat textul pentru a preciza faptul că debutul și remiterea deliriumului pot fi afectate de diverși factori, cum ar fi leziunile cerebrale, etatea avansată, semiviața substanțelor, prezența a mai multe substanțe și clearence-ul redus.

**Demența.** Există coduri diagnostice noi pentru demențe (cu excepția celei vasculare, al cărei cod a rămas neschimbat). Codul pentru toate tipurile de demențe (cu excepția celei vasculare) este 294.10 dacă subtipul este „fără tulburări de comportament" și 294.11, dacă subtipul este „cu tulburări de comportament". Subtipurile codificabile care se aplicau anterior tipului de demență Alzheimer (de ex., cu dispoziție depresivă) nu se mai utilizează. În schimb, tulburarea mentală corespunzătoare datorată unei condiții medicale generale (de ex., 293.83. Tulburare afectivă datorată maladiei Alzheimer) trebuie codificată pe axa I. Din cauza convențiilor de codificare ale ICD-9-CM, codurile și subtipurile demenței vasculare au rămas nemodificate. .

Lista cauzelor demenței a fost actualizată spre a reflecta faptul că cea mai frecventă cauză, după demența Alzheimer, este un alt proces neurodegenerativ, cum ar fi maladia cu corpusculi Levy sau degenerarea frontotemporală – două etiologii care nu sunt listate ca atare în DSM-IV. Au fost actualizate valorile prevalenței pentru a ilustra cele mai noi date epidemiologice (respectiv, 1,5% pentru indivizii în etate de 65-69 ani și crescând la 16%-25% pentru cei în etate de peste 85 ani).

**Demența de tip Alzheimer.** Deși au fost făcute eforturi considerabile în perfecționarea markerilor biologici pentru demența Alzheimer, nici unul dintre acești markeri nu a fost acceptat peste tot. În subsecțiunea datelor de laborator

asociate (ca și în secțiunea diagnostic diferențial a demenței) fost adăugat un text în care se recunoaște că demența Alzheimer rămâne un diagnostic de excludere. Secțiunea evoluției a fost actualizată spre a ilustra apariția modificărilor de personalitate. Prevalența estimată a fost revizuită pe baza raportului lui United States General Accounting din 1998, referitor la prevalența maladiei Alzheimer. În final, secțiunea patternului familial a fost actualizată spre a reflecta datele curente despre linkajul cromozomial și rolul markerului genetic *APOE4* ca factor de risc pentru apariția cazurilor cu debut tardiv.

**Demența datorată maladiei Parkinson/demența datorată maladiei Pick.** Două dintre cele mai frecvente forme de demență sunt demența cu corpusculi Levy (din care un exemplu este demența datorată maladiei Parkinson) și demența frontotemporală (din care un exemplu este demența datorată maladiei Pick). Deși există insuficiente probe pentru a justifica o reorganizare radicală a acestei secțiuni, a fost adăugat un text în secțiunile demenței datorate altor condiții medicale generale, demenței datorate maladiei Parkinson și demenței datorate maladiei Pick spre a preciza modul în care trebuie clasificate astfel de cazuri.

**Demența datorată maladiei Creutzfeldt-Jakob.** A fost adăugat un text referitor la transmisia interspecii a infecțiilor prionice, ilustrat de apariția variantei umane a encefalopatiei spongiforme bovine în Regatul Unit la mijlocul anilor 1990.

## Tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale

**Modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale.** A fost făcută o modificare spre a corecta o eroare din criteriul de excludere, care nu permite ca diagnosticul de modificare de personalitate datorată unei condiții medicale generale să fie pus comorbid cu diagnosticul de demență. Acest criteriu era un report fortuit din DSM-III-R, care excludea modificarea de personalitate în prezența demenței, deoarece modificarea de personalitate era inclusă în criteriile de diagnostic pentru demență. Simptomele semnificative clinic care survin în cursul demenței sunt diagnosticate prin codificarea tulburării mentale specifice datorate unei condiții medicale generale pe axa I, alături de demență. Așadar, această excludere a fost înlăturată, permițând, de exemplu, ca unui individ cu maladie Alzheimer, care dezvoltă o tulburare de personalitate să-i poată fi pus diagnosticul comorbid de modificare de personalitate datorată maladiei Alzheimer.

## Tulburările în legătură cu o substanță

**Dependența de o substanță.** A fost actualizată secțiunea elementelor (de diagnostic) pentru a indica faptul că la efecte diferite ale substanței asupra sistemului nervos central pot apare diverse grade de toleranță, că toleranța poate surveni și la phencyclidină și că un istoric anterior de toleranță sau de abstinență se asociază cu o evoluție clinică defavorabilă (de ex., debut precoce, nivele ridicate de aport de substanță și un număr mai mare de probleme în legătură cu o substanță ).

**Secțiunile de pattern familial pentru dependență /abuz/intoxicație/abstinență.** A fost actualizat textul spre a preciza faptul că indivizii care sunt expuși unui risc crescut de dependență alcoolică din cauza unui istoric familial de dependență

alcoolică nu prezintă în mod necesar un risc crescut de dezvoltare a dependență de alte substanțe.

**Tulburările induse de o substanță.** Au fost adăugate exemple care să clarifice când este indicat să se diagnosticheze intoxicația cu o substanță sau abstinența de o substanță în locul tulburării induse de o substanță cu debut în cursul intoxicației sau cu debut în cursul abstinenței.

**Tulburările în legătură cu alcoolul.** A fost actualizată secțiunea elementelor și tulburărilor asociate (de ex., riscul de accidente în legătură cu alcoolul, comorbiditatea în legătură cu alte tulburări). A fost adăugat un comentariu referitor la testul de laborator al carbohydrate deficient transferrin (CDT), un marker de stare larg utilizat pentru băutul excesiv. În secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii, a fost extins textul referitor la ratele reduse de dependență la asiatici și cel referitor la evoluția clinică la femei. A fost extins și reactualizat textul referitor la prevalența uzului de alcool, la complicațiile în legătură cu alcoolul și la dependența alcoolică .

**Tulburările în legătură cu amfetamina sau cu substanțele similare amfetaminei.** A fost actualizat și extins textul referitor la prevalența uzului de amfetamină la diferite grupe de etate și textul referitor la prevalența dependenței.

**Tulburările în legătură cu cafeina.** A fost extinsă secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii spre a include informații despre sensibilitatea crescută a bătrânilor la efectele cafeinei. A fost adăugată o secțiune despre prevalență care descrie patternurile uzului de cafeină, iar secțiunea evoluției a fost extinsă.

**Tulburările în legătură cu cannabisul.** În secțiunea introductiva au fost adăugate informații la zi referitoare la mecanismul de acțiune. A fost actualizat textul dependenței de cannabis spre a preciza faptul că indicii de dependență fiziologică sunt văzute la useurii cronici și pot fi asociate cu probleme mai severe în legătură cu cannabisul. Textul referitor la prevalența uzului de cannabis la diferite grupe de etate și la prevalența dependenței a fost extins și actualizat. În secțiunea evoluției a fost adăugat un comentariu referitor la faptul dacă uzul de cannabis este un precursor al uzului altor droguri (adică, rolul său de „poartă a drogului").

**Tulburările în legătură cu cocaina.** Au fost actualizate și extinse complicațiile intoxicației severe cu cocaină, iar secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii a fost, de asemenea, actualizată. A fost extins și actualizat textul referitor la prevalența uzului de cocaină la diferite grupe de etate și cel referitor la prevalența dependenței și abuzului.

**Tulburările în legătură cu halucinogenele.** A fost adăugat un text referitor la modificările fiziologice asociate cu intoxicația (de ex., creșterea glicemiei). Textul referitor la prevalența uzului de halucinogene la diferite grupe de etate și la prevalența dependenței și abuzului a fost, de asemenea, actualizat și extins.

**Tulburările în legătură cu inhalantele.** Au fost adăugate informații suplimentare în subsecțiunea datelor de laborator asociate (respectiv, utilitatea

probelor de urină pentru un metabolit al toluenului), precum și în subsecțiunea datelor examinării somatice și condițiilor medicale asociate (respectiv, o listă extinsă a complicațiilor respiratorii și un comentariu despre o posibilă asociere dintre benzen și leucemia mielocitică acută ). A fost adăugat un text referitor la prevalența diferitelor tipuri de uz de inhalante la grupe de etate și grupuri demografice diferite.

**Tulburările în legătură cu nicotina.** A fost actualizată secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii (au fost adăugate, de exemplu, date despre nivelele sanguine de nicotină crescute la afroamericani). A fost actualizat textul referitor la prevalența fumatului și a altui tip de uz de tabac la diverse grupuri, precum și textul referitor la prevalența dependenței de nicotină. Secțiunea evoluției a fost, de asemenea, revizuită pe baza unor date noi.

**Tulburările în legătură cu opiaceele.** În subsecțiunea datelor de laborator asociate a fost adăugat un text referitor la testele de screening ale hepatitei, iar în subsecțiunea datelor examină rii somatice și condițiilor medicale generale asociate a fost adăugat un text referitor la ratele mortalității prin complicații medicale. Au fost actualizate secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii (respectiv, rata sexului) și secțiunea evoluției (respectiv, ratele de remisiune). De asemenea, a fost actualizat și extins textul referitor la prevalența diferitelor patternuri de uz de opiacee la diferite grupe de etate și alte grupuri demografice.

**Tulburările în legătură cu phencyclidina sau cu substanțe similare phencyclidinei.** A fost actualizat și extins textul referitor la prevalența diferitelor patternuri de uz de phencyclidină la diferite grupe de etate.

**Tulburările în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele.** A fost actualizat textul referitor la patternurile de uz la diferite grupe de etate, precum și textul referitor la prevalența dependenței și abuzului.

**Dependența de polisubstanță.** Au fost adăugate exemple spre a preciza uzul adecvat al acestei categorii.

## Schizofrenia și alte tulburări psihotice

Introducerea a fost actualizată spre a sublinia faptul că simptomele psihotice nu sunt în mod necesar considerate a fi elementele de nucleu ale tulburărilor incluse în această secțiune și că tulburările incluse în această secțiune nu au în mod obligatoriu o etiologie comună .

**Schizofrenia.** Secțiunea elementelor și tulburărilor asociate a fost actualizată și extinsă spre a include informații despre anosognozie (lipsa conștiinței tulburării), factorii de risc pentru comportamentul suicidar și violent, și despre comorbiditatea cu alte tulburări mentale. De asemenea, a fost actualizată subsecțiunea datelor de laborator asociate spre a include comentarii separate despre neuroimagistica structurală și funcțională, deficitele neuropsihologice și anomaliile neurofiziologice. Secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii include un comentariu extins referitor la supradiagnosticarea schizofreniei în anumite grupuri

rasiale, informații actualizate referitoare la debutul tardiv al cazurilor și un text actualizat referitor la diferențele dintre sexe. Secțiunea prevalenței a fost actualizată spre a include informații suplimentare și variațiile geografice și istorice în incidența tulburării. Secțiunea patternului familial introduce conceptul de "spectru al schizofreniei" (adică, seria de tulburări mai probabile la rudele indivizilor cu schizofrenie).

**Subtipurile de schizofrenie.** Introducerea a fost actualizată spre a indica stabilitatea și valoarea prognostică limitată a subtipurilor.

**Tulburarea schizofreniformă.** Sunt prevăzute informații actualizate despre prevalență, incluzând ratele divergente dintre țările dezvoltate și cele în curs de dezvoltare. A fost adăugată o scurtă secțiune despre patternul familial care indică un posibil risc crescut de schizofrenie la rudele indivizilor cu tulburare schizofreniformă .

**Tulburarea schizoafectivă** . Au fost actualizaze secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii (ratele crescute la femei sunt în mare măsură justificate de incidența crescută a tipului depresiv) și secțiunea evoluției (respectiv, asocierea stresorilor cu un prognostic mai bun).

**Tulburarea delirantă.** A fost actualizată secțiunea evoluției.

**Tulburarea psihotică scurtă** . A fost actualizată secțiunea prevalenței spre a nota că această tulburare este rar observată în țările dezvoltate, pe când în țările în curs de dezvoltare sunt mai frecvente episoadele psihotice cu o durată puțin mai lungă (1-6 luni).

**Tulburarea psihotică datorată unei condiții medicale generale.** A fost actualizată lista condițiilor medicale generale etiologice și au fost adăugate câte o secțiune pentru prevalență și evoluție.

## Tulburările afective

Episodul depresiv major. Subsecțiunea datelor de laborator asociate a textului a fost extinsă și actualizată spre a include anomaliile neurobiologice suplimentare (de ex., alterările în neuropeptide și alți hormoni ca răspuns la testele de provocare) și rezultatele imagisticii cerebrale funcționale. Secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii a fost actualizată spre a preciza faptul că riscul crescut la femei survine în cursul adolescenței și poate coincide cu pubertatea.

**Tulburarea depresivă majoră.** Subsecțiunea datelor examinării somatice și condițiilor medicale generale a fost actualizată spre a sublinia faptul că condițiile medicale generale agravează evoluția tulburării depresive majore. Secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii a fost extinsă spre a include informații despre datele de laborator (de ex., evidențierea hiperintensităților din substanța albă subcorticală) în depresia cu debut tardiv. Modificările din secțiunea patternului familial indică riscul crescut de tulburări anxioase la copiii indivizilor cu depresie.

**Tulburarea distimică.** Subsecțiunea evoluției a fost actualizată spre a indica faptul că deznodământul tulburării distimice este semnificativ mai bun cu tratament activ. Modificările din secțiunea patternului familial indică ratele crescute, atât de tulburare distimică, cât și de tulburare depresivă majoră, la rudele celor cu tulburare distimică .

**Tulburarea bipolară I și tulburarea bipolară II.** Subsecțiunea elementelor descriptive și tulburărilor mentale asociate a fost extinsă spre a include informații despre comorbiditatea tulburării bipolare I cu tulburările uzului de alcool și de altă substanță. Subsecțiunea datelor de laborator asociate a fost extinsă spre a reda procentul crescut al anumitor leziuni cerebrale la indivizii cu tulburare bipolară I, ca grup. Subsecțiunea datelor examinării somatice și condițiilor medicale generale a fost extinsă spre a preciza relațiile dintre tulburarea bipolară I și tulburarea bipolară II și disfuncția tiroidiană (respectiv, asocierea dintre hipofuncție și ciclarea rapidă și episoadele precipitate de hipertiroidism la cei cu tulburare afectivă preexistentă). Secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii a fost actualizată spre a ilustra diferențele dintre sexe în ciclarea rapidă, tipul de episoade și riscul de expisoade mixte. Relația dintre etatea la debut și istoricul familial este notată în secțiunea patternului familial al tulburării bipolare I.

**Tulburarea bipolară FAS.** A fost adăugat un exemplu suplimentar pentru a preciza faptul că indivizii cu distimie cronică și care, de asemenea, experientează episoade hipomaniacale ocazionale, nu sunt apți nici pentru diagnosticul de distimie (din cauza prezenței episoadelor hipomaniacale) și nici pentru cel de ciclotimie (deoarece episoadele hipomaniacale sunt prea rare).

**Elementele catatonice.** Textul a fost extins pentru a oferi o listă cât mai largă a cauzelor catatoniei.

**Elementele melancolice.** Afirmația inițială, că indivizii cu elemente melancolice ar răspunde mai bine la tratamentul electroconvulsivant, este incorectă și a fost înlocuită cu un text care subliniază necesitatea unui tratament activ, dată fiind rata de răspuns redusă la placebo.

**Elementele atipice.** A fost adăugat un text pentru a preciza faptul că atunci când este descris cel mai recent episod (ca opus episodului curent), acest specificant se aplică dacă elementele melancolice predomină în cursul unei perioade de două săptămâni. În plus, se menționează că indivizii cu aceste elemente este posibil să răspundă la tratamentul cu inhibitori de monoaminooxidază și nu la tratamentul cu antidepresive triciclice.

**Debutul postpartum.** A fost actualizat textul despre elementele asociate și a fost adăugat un text pentru a accentua diferențierea acestui subtip de "baby blues" (furia laptelui).

**Ciclarea rapidă.** Textul actualizat include date despre prevalență și asocierea posibilă dintre rata ciclării rapide și terapia antidepresivă .

# Tulburările anxioase

**Atacul de panică.** Textul descriind cele trei tipuri de atacuri de panică (respectiv, inopinat, circumscris situațional și predispus situațional) a fost extins spre a preciza natura factorilor declanșanți, asocierea dintre tipurile de atacuri de panică și anumite tulburări anxioase și diagnosticul diferențial.

**Panica.** Au fost actualizate informațiile despre relația dintre atacurile de panică și posibilii declanșatori ai panicii) de ex., declanșatorul situațional poate fi, fie intern, fie extern, iar „inopinat" înseamnă că individul nu asociază imediat atacul cu un declanșator situațional). Lista condițiilor medicale generale asociate a fost extinsă și, de asemenea, a fost extinsă și secțiunea prevalenței spre a include procentele din eșantioanele clinice, iar secțiunea patternului familial a fost actualizată spre a include informațiile provenind din cele mai recente studii (de ex., relația dintre etatea la debut a probandului și riscul de morbiditate la rudele de gradul I ale acestuia). În final, a fost extinsă secțiunea diagnosticului diferențial spre a include situațiile în care persoana nu este capabilă să identifice stimulii declanșanți ai unui atac de panică (de ex., cognițiile sau simptomele fiziologice similare celor care survin în timpul evenimentului traumatic în stresul posttraumatic).

**Fobia specifică.** Sunt oferite informații suplimentare referitoare la comorbiditate, frecvența relativă a subtipurilor în comunitate, rata sexului, evoluție (de ex., faptul de a avea fobie specifică în adolescență, crește șansele de a avea fobie specifică în perioada adultă, dar nu și alte tulburări mentale), precum și la patternul familial.

**Fobia socială.** Secțiunea elementelor descriptive și tulburărilor mentale asociate a fost actualizată (asocierea cu ideația suicidară și cu alte tulburări anxioase). A fost actualizată subsecțiunea datelor de laborator asociate spre a preciza că nu există nici un test de laborator care să fie diagnostic pentru fobia socială (testul mai vechi care sugera un răspuns diferențiat la injectarea de lactat a fost eliminat).

**Tulburarea obsesivo-compulsivă.** Au fost actualizate informațiile referitoare la comorbiditatea cu alte tulburări mentale. Secțiunea elementelor specifice sexului, etății și culturii a fost actualizată spre a include o mică secțiune despre un subset de copii care dezvoltă tulburarea obsesivo-compulsivă în asociere cu grupul A de infecții cu streptococ beta-hemolitic. Au fost adăugate informații spre a atrage atenția asupra volumului crescut de date referitoare la copii cu tulburare obsesivo-compulsivă (de ex., tulburările comorbide, prevalența). Secțiunea prevalenței a fost actualizată și extinsă spre a include ratele de la copii.

**Stresul posttraumatic.** Au fost actualizate informațiile referitoare la elementele asociate, comorbiditatea cu alte tulburări mentale, asocierile cu condiții medicale generale, ratele de prevalență și la evoluție (de ex., reactivarea simptomelor ca răspuns la reamintirea traumei, la stresori de viață sau la evenimente traumatice noi). A fost adăugată o scurtă secțiune de pattern familial, care descrie probele existenței unei componente ereditare în transmisia stresului posttraumatic și relația dintre un istoric de depresie la rudele de gradul I și vulnerabilitatea crescută la dezvoltarea stresului posttraumatic.

**Stresul acut.** Sunt prevăzute informații referitoare la progresiunea spre stresul posttraumatic și o serie de rate de prevalență la indivizii expuși la traume severe.

**Anxietatea generalizată.** A fost actualizată prevalența în condiții clinice și patternul familial (de ex.,'datele din studiile pe gemeni care sugerează o contribuție genetică ).

## Tulburările somatoforme

Tulburarea de somatizare. Subsecțiunea datelor examinării somatice și condițiilor medicale generale asociate a fost actualizată spre a preciza faptul că unii indivizi cu tulburare de somatizare prezintă, de asemenea, semne obiective care aparțin unei condiții medicale generale.

**Tulburarea de conversie.** Secțiunea prevalenței a fost extinsă spre a include ratele din anumite medii medicale generale.

**Tulburarea algică.** Comentarea riscului dependenței iatrogenice de o substanță din secțiunea elementelor și tulburărilor asociate a fost actualizată și extinsă spre a include factorii care diminuă posibilitatea dezvoltării dependenței iatrogenice de o substanță. În plus, a fost extins textul despre problemele asociate cu somnul. De asemenea, a fost inclus un text referitor la prevalența tulburării algice în medii clinice, precum și informații suplimentare despre evoluție.

**Hipocondria.** Au fost actualizate secțiunile elementelor și tulburărilor asociate, prevalenței și evoluției (adică, factorii asociați cu un prognostic mai bun)

**Tulburarea dismorfică corporală.** Construcția corpului și musculatura au fost incluse în lista sediilor preocupărilor corporale. Secțiunea elementelor și tulburărilor asociate a fost actualizată spre a include informații suplimentare despre lipsa conștiinței tulburării și eforturile de a corecta sau ascunde defectele. Sunt incluse, de asemenea, ratele de prevalență raportate din mediile clinice.

## Tulburările factice

Tulburarea factice. Textul revizuit pentru subtipul cu simptome și semne predominant somatice diferențiază mai clar sindromul Münchausen (cea mai severă și cronică formă de tulburare factice) de formele mai puțin severe și tranzitorii. A fost adăugată o secțiune rezervată elementelor specifice sexului, iar secțiunile prevalenței și evoluției au fost actualizate.

## Tulburările disociative

**Tulburarea de identitate disociativă.** A fost modificat textul spre a indica faptul că au fost documentate cazuri de tulburare de identitate disociativă în diverse culturi din lume.

**Tulburarea de depersonalizare.** Secțiunile elementelor și tulburărilor asociate și evoluției au fost actualizate.

## Tulburările sexuale și de identitate sexuală

A fost adăugat un text introductiv spre a clarifica definițiile termenilor, *identitate sexuală*, *disforie sexuală* și *orientare sexuală* .

**Disfuncțiile sexuale.** A fost adăugată secțiunea tulburărilor asociate, iar secțiunea prevalenței a fost actualizată și extinsă.

**Parafiliile.** Au fost revizuite criteriile de semnificație clinică spre a preciza faptul că pentru pedofilie, voyeurism, exhibiționism și frotteurism, dacă persoana (în cauză) a acționat conform acestor pulsiuni, sau pulsiunile ori fanteziile sexuale cauzează o detresă marcată sau dificultăți interpersonale, atunci, prin definiție, există semnificație clinică. Pentru sadismul sexual, dacă persoana a acționat conform acestor pulsiuni cu o persoană care nu consimte, sau pulsiunile, fanteziile sexuale ori comportamentele cauzează o detresă marcată sau dificultăți interpersonale, atunci criteriul semnificației clinice este satisfăcut. Pentru restul parafiliilor, criteriul de semnificație clinică este satisfăcut dacă comportamentul, pulsiunile sau fanteziile sexuale cauzează detresă semnificativă clinic sau deteriorare în domeniul social, ocupațional sau în alte domenii importante de funcționare. De sigur, pentru a fi pus diagnosticul trebuie să fie prezent, de asemenea, patternul specific de excitație parafilică.

**Tulburarea de identitate sexuală.** Sunt incluse informații suplimentare pentru a preciza cum (pe baza atracției sexuale) subtipurile diferă între ele în termenii elementelor asociate și evoluției.

## Tulburările de comportament alimentar

**Anorexia nervoasă.** Secțiunea elementelor și tulburărilor asociate a fost actualizată spre a include comorbiditatea cu tulburările de personalitate. Secțiunea prevalenței a fost extinsă spre a include procentele pentru bărbați. Elementele evoluției au fost actualizate spre a preciza relația dintre anorexia nervoasă și bulimia nervoasă .

**Bulimia nervoasă.** A fost actualizată secțiunea evoluției spre a include unele informații despre deznodământul pe termen lung al bulimiei nervoase.

## Tulburările de somn

**Insomnia primară.** A fost revizuită subsecțiunea elementelor descriptive și tulburărilor mentale asociate (de ex., deteriorarea funcțională ), precum și subsecțiunea datelor de laborator asociate ( de ex., lipsa somnolenței din cursul zilei, măsurată prin Multiple Sleep Latency Test [MSLT], discrepanțele considerabile dintre relatările subiecților și evaluările polisomnografice ale calității somnului). Au fost actualizate, de asemenea, secțiunea elementelor specifice sexului și etății (de ex., la bătrâni), secțiunea prevalenței (de ex., ratele tulburării în populația generală ), secțiunea evoluției (textul despre cronicitate) și secțiunea patternului familial.

**Hipersomnia primară.** Au fost actualizate secțiunea elementelor specifice sexului și etății (de ex., la copii) și secțiunile prevalenței și evoluției.

Narcolepsia. A fost adăugat un text pentru a preciza faptul că unele simptome (respectiv, halucinațiile hipnagogice și hipnopompice și paralizia de somn) apar, de asemenea, și la persoanele normale. Subsecțiunea datelor de laborator asociate (inclusiv tiparea HLA) și secțiunea evoluției (etatea la debut și etatea la prezentare) au fost, de asemenea, actualizate. A fost adăugată secțiunea elementelor specifice etății pentru a aduce în discuție diagnosticul narcolepsiei la copii.

**Tulburarea de somn în legătură cu respirația.** Au fost actualizate subsecțiunile datelor de laborator asociate și datelor examinării somatice și condițiilor medicale generale asociate (respectiv, asocierea dintre dimensiunea nasului și riscul de apnee obstructivă de somn) și secțiunea elementelor specifice etății (adică, la copii).

**Tulburarea ritmului circadian de somn.** Informații suplimentare despre acest subtip specific sunt oferite în secțiunea elementelor și tulburărilor asociate, precum și în subsecțiunile datelor de laborator asociate, datelor examinării somatice și condițiilor medicale generale asociate și în secțiunile elementelor specifice etății, prevalenței, evoluției și patternului familial

Dissomnia FAS. Sunt acum incluse descrieri extinse ale sindromului picioarelor neliniștite și mișcărilor periodice ale membrelor, două tulburări de somn bine conturate și incluse în Clasificarea Internațională a Tulburărilor de Somn.

Coșmarul. Au fost actualizate subsecțiunea elementelor descriptive și tulburărilor mentale asociate (adică, asocierea dintre coșmarurile cronice frecvente și creșterea simptomelor proprii altei psihopatologii), secțiunea prevalenței (adică, rata frecvenței coșmarurilor la adulții tineri) și secțiunea evoluției.

**Somnambulismul.** Au fost actualizate subsecțiunea datelor de laborator asociate și secțiunile specifice sexului, etății și culturii, prevalenței, evoluției și patternului familial.

**Tulburarea de somn în legătură cu altă tulburare mentală.** A fost actualizată subsecțiunea elementelor de laborator asociate.

## Tulburările controlului impulsului neclasificate în altă parte

**Tulburarea explozivă intermitentă.** A fost adăugat un text spre a preciza faptul că actele de atac severe includ amenințări verbale sau atacuri fizice față de alți indivizi. Au fost actualizate secțiunea elementelor și tulburărilor asociateîn special subsecțiunea elementelor descriptive și tulburărilor mentale asociate (de ex., simptomele care preced sau acompaniază actele agresive, cum ar fi tinitusul sau tremorul, precum și afectul acompaniant) și secțiunea evoluției. A fost adăugată o secțiune pentru patternul familial, indicând faptul că aceste tulburări pot fi mai frecvente printre rudele de gradul I ale indivizilor cu tulburare explozivă intermitentă comparativ cu populația generală .

**Kleptomania.** Au fost actualizate secțiunile elementelor și tulburărilor asociate și patternului familial (respectiv, istoricul familial posibil de tulburare obsesivo-compulsivă la rudele de gradul I ale indivizilor cu kleptomanie). De asemenea, a fost adăugată o secțiune pentru elementele specifice sexului (respectiv, rata sexului).

**Jocul de șansă patologic.** A fost adăugată o subsecțiune pentru datele de laborator asociate (de ex., o varietate de anomalii raportate pe eșantioanele de bărbați). Au fost actualizate secțiunile elementelor și tulburărilor asociate (de ex., istoricul de simptome de inatenție sau de hiperactivitate în copilărie) și prevalența (de ex., influența accesibilității la jocurile de șansă legalizate asupra prevalenței jocului de șansă patologic).

**Tricotilomania.** Au fost actualizate secțiunile elementelor și tulburărilor asociate, prevalenței și evoluției.

## Tulburările de adaptare

Secțiunea elementelor și tulburărilor asociate a fost actualizată spre a preciza comorbiditatea cu alte tulburări. Secțiunea prevalenței a fost extinsă spre a include ratele de la copii și în special în condiții clinice. Secțiunea evoluției include acum un text despre riscul de progresiune spre alte tulburări.

## Tulburările de personalitate

Textul introductiv pentru tulburările de personalitate. A fost actualizat textul descriind modelele dimensionale, acesta prezentând dimensiunile în termenii unora dintre cele mai importante modele.

**Tulburarea de personalitate antisocială.** A fost actualizat textul elementelor și tulburărilor asociate pentru a preciza faptul că elementele care sunt parte a concepției tradiționale despre psihopatie pot fi mai predictive pentru recidivare în situații în care actele infracționale este posibil să fie nespecifice (de ex., în închisori).

**Tulburarea de personalitate borderline.** A fost adăugat un text în secțiunea evoluției pentru a scoate în evidență faptul că, în contradicție cu opiniile preconcepute ale multor clinicieni, prognosticul multor indivizi cu tulburare de personalitate borderline este bun.

**Tulburarea de personalitate dependentă.** A fost modificat textul secțiunii elementelor specifice sexului, etății și culturii spre a înlătura sugestia că diferența dintre sexe raportată este în mare măsură artificială .

**Tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă.** Secțiunea elementelor și tulburărilor asociate a fost actualizată spre a aduce un plus de claritate în relația dintre tulburările anxioase (în special, tulburarea obsesivo-compulsivă) și tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă .

## Anexe

Au fost făcute modificări în diverse anexe. Mici modificări au fost făcute în textul descriptiv al unora dintre categoriile de cercetare din anexa B (de ex., tulburarea depresivă postpsihotică a schizofreniei, tulburarea disforică premenstruală, tulburarea depresiv anxioasă mixtă), iar textul secțiunii tulburărilor de mișcare induse de medicamente a fost actualizat spre a include neuro-lepticele atipice. Anexele E, F și G au fost actualizate pentru a fi puse de acord cu modificările din codificarea ICD-9-CM care au survenit în cursul ultimilor ani. De asemenea, a fost adăugată anexa K, conținând numele consilierilor DSM-IV-Text Revision.

## Anexa E

# Lista alfabetică a Diagnosticelor și Codurilor DSM-IV-TR

FAS = Fără altă specificație

| | |
|---|---|
| V61.12 | Abuz fizic de un adult (dacă de către partener) |
| V62.83 | Abuz fizic de un adult [dacă de către o altă persoană decât partenerul] |
| 995.81 | Abuz fizic de un adult [dacă în centrul atenției se află victima] |
| V61.21 | Abuz fizic de un copil |
| 995.5 | Abuz fizic de un copil [dacă in centrul atenției se află victima] |
| V61.12 | Abuz sexual de un adult (dacă de către partener) |
| V62.83 | Abuz sexual de un adult (dacă de către o altă persoană decât partenerul) |
| 995.83 | Abuz sexual de un adult *(dacă în centrul atenției se află victima)* |
| 61.21 | Abuz sexual de un copil |
| 995.5 | Abuz sexual de un copil *(dacă în centrul atenției se află victima)* |
| V62.82 | Activitate intelectuală liminară |
| 300.22 | Agorafobie fără istoric de panică |
| | de/cu) Alcool |
| 291.81 | Abstinență |
| 305.00 | Abuz |
| 291.0 | Delirium prin abstinență |
| 291.0 | Delirium prin intoxicație |
| 291.2 | Demență persistentă indusă |
| 303.90 | Dependență |
| 291.8 | Disfuncție sexuală indusă |
| 303.00 | Intoxicație |
| 291.8 | Tulburare afectivă indusă |
| 291.1 | Tulburare amnestică persistentă indusă |
| 291.8 | Tulburare anxioasă indusă |
| 291.9 | Tulburare în legătură cu alcoolul FAS |
| | Tulburare psihotică indusă |
| 291.2 | cu halucinații |
| 291.5 | cu idei delirante |
| 291.8 | Tulburare de somn indusă |
| 608.89 | Altă disfuncție sexuală a bărbatului datorată... |
| | *[Se indică condiția medicală generală]* |
| 626.8 | Altă disfuncție sexuală a femeii datorată... |
| | *[Se indică condiția medicală generală]* |
| | (de/cu) Altă substanță (sau o substanță necunoscută) |

292.0 Abstinență
305.90 Abuz
291.81 Delirium indus
292.82 Demență persistentă indusă
304.90 Dependență
292.89 Disfuncție sexuală indusă
292.89 Intoxicație
292.84 Tulburare afectivă indusă
292.83 Tulburare amnestică persistentă indusă
292.89 Tulburare anxioasă indusă
Tulburare în legătură cu... FAS
Tulburare psihotică indusă
292.12 cu halucinații
292.11 cu idei delirante
292.89 Tulburare de somn indusă
(de/cu) Amfetamină (sau substanțe similare amfetaminei)
292.0 Abstinență
305.70 Abuz
292.81 Delirium prin intoxicație
304.40 Dependență
292.89 Disfuncție sexuală indusă
292.89 Intoxicație
292.84 Tulburare afectivă indusă
292.89 Tulburare anxioasă indusă
292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
Tulburare psihotică indusă
292.12 cu halucinații
292.11 cu idei delirante
292.89 Tulburare de somn indusă
300.12 Amnezie disociativă
307.1 Anorexie nervoasă
300.02 Anxietatea generalizată
309.21 Anxietate de separare
302.79 Aversiune sexuală
307.0 Balbism
307.51 Bulimie nervoasă
(de) Cafeină
305.90 Intoxicație
292.89 Tulburare anxioasă indusă
292.89 Tulburare de somn indusă
292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
(de/cu) Cannabis
305.20 Abuz
292.81 Delirium prin intoxicație
304.30 Dependență
292.89 Intoxicație
292.89 Tulburare anxioasă indusă

292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
Tulburare psihotică indusă
292.12 cu halucinații
292.11 cu idei delirante
(de/cu) Cocaină
292.0 Abstinență
305.20 Abuz
292.81 Delirium prin intoxicație
304.30 Dependență
292.89 Disfuncție sexuală indusă
292.89 Intoxicație
292.84 Tulburare afectivă indusă
292.89 Tulburare anxioasă indusă
292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
Tulburare psihotică indusă
292.12 cu halucinații
292.11 cu idei delirante
292.89 Tulburare de somn indusă
V71.01 Comportament antisocial al adultului
V71.02 Comportament antisocial al copilului sau adolescentului
307.47 Coșmar
780.9 Declin cognitiv în raport cu etatea
780.09 Delirium FAS
293.0 Delirium datorat... *[Se indică condiția medicală generală]*
Demență datorată maladiei Creutzfeldt-Jakob
294.10* fără tulburare de comportament
294.11* cu tulburare de comportament
Demență datorată maladiei HIV
294.10* fără tulburare de comportament
294.11* cu tulburare de comportament
Demență datorată maladiei Huntington
294.10* fără tulburare de comportament
294.11* cu tulburare de comportament
Demență datorată maladiei Parkinson
294.10* fără tulburare de comportament
294.11* cu tulburare de comportament
Demență datorată maladiei Pick
294.10* fără tulburare de comportament
294.11* cu tulburare de comportament
Demență datorată traumatismului cranian
294.10* fără tulburări de comportament
294.11* cu tulburări de comportament
Demență datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
294.10* fără tulburare de comportament

* Codul ICD-9-CM valabil de la 1 Octombrie 2000

294.11* cu tulburare de comportament
294.8 Demență FAS
Demență de tip Alzheimer, cu debut precoce
294.10* fără tulburare de comportament
294.11* cu tulburare de comportament
Demență de tip Alzheimer, cu debut tardiv
294.10* fără tulburare de comportament
294.11* cu tulburare de comportament
Demență vasculară
290.41 cu delirium
290.43 cu dispoziție depresivă
290.42 cu idei delirante
290.40 necomplicată
304.80 Dependența de polisubstanță
799.9 Diagnostic amânat pe axa II
799.9 Diagnostic sau condiție amânată pe axa I
315.1 Discalculie [Tulburare de calcul]
302.70 Disfuncție sexuală FAS
315.2 Disgrafie [Tulburare a expresiei grafice]
315.00 Dislexie [Tulburare de citit]
302.76 Dispareunie *[Nedatorată unei condiții medicale generale]* ...
*[Se indică condiția medicală generală]*
625.0 Dispareunie feminină datorată
608.89 Dispareunie masculină datorată... *[Se indică condiția medicală generală*
307.47 Dissomnie FAS*]*
V62.82 Doliu
302.71 Dorință sexuală diminuată
608.89 Dorință sexuală diminuată a bărbatului datorată...
*[Se indică condiția medicală generală]*
625.8 Dorință sexuală diminuată a femeii datorată...
*[Se indică condiția medicală generală]*
995.2 Efecte adverse ale medicamentelor FAS
302.75 Ejaculare precoce
787.6 Encoprezis cu constipație și incontinență prin preaplin
307.7 Encoprezis fără constipație și incontinență prin preaplin
307.6 Enurezis [Nedatorat unei condiții medicale generale]
302.4 Exhibiționism
316 Factori psihologici care afectează condiția medicală generală
302.81 Fetișism
302.3 Fetișism transvestic
300.23 Fobie socială
300.29 Fobie specifică
302.89 Frotteurism
300.13 Fugă disociativă

* Codul ICD-9-CM valabil de la 1 Octombrie 2000

(de/cu) Halucinogene
305.30 Abuz
292.81 Delirium prin intoxicație
304.50 Dependență
292.84 Intoxicație
292.84 Tulburare afectivă indusă
292.89 Tulburare anxioasă indusă
292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
292.89 Tulburare de percepție persistentă indusă
Tulburare psihotică indusă
292.12 cu halucinații
292.11 cu idei delirante
307.44 Hipersomnie primară
307.44 Hipersomnie în legătură cu... *[Se indică tulburarea de pe axa I sau II]*
300.7 Hipocondrie
(de/cu) Inhalante
305.90 Abuz
292.81 Delirium prin intoxicație
292.82 Demență persistentă indusă
304.60 Dependență
292.89 Intoxicație
292.84 Tulburare afectivă indusă
292.89 Tulburare anxioasă indusă
292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
Tulburare psihotică indusă
292.12 cu halucinații
292.11 cu idei delirante
307.42 Insomnie în legătură cu... *[Se indică tulburarea de pe axa I sau axa II]*
307.42 Insomnie primară
312.31 Jocul de șansă patologic
312.32 Kleptomanie
302.83 Masochism sexual
Medicamente
333.90 Tulburare de mișcare indusă de... FAS
333.1 Tremor postural indus de...
310.1 Modificare de personalitate datorată...
*[Se indică condiția medicală generală]*
313.23 Mutism selectiv
347 Narcolepsie
V61.21 Neglijare a copilului
995.5 Neglijare a copilului *[dacă în centrul atenției se află victima]*
[Indus(ă) de] Neuroleptice
333.99 Akatisie acută
333.82 Diskinezie tardivă
333.7 Distonie acută
332.1 Parkinsonism

333.92 Sindrom neuroleptic malign
V71.09 Nici un diagnostic pe axa II
V71.09 Nici un diagnostic sau condiție pe axa I
(de) Nicotină
292.0 Abstinență
305.10 Dependență
292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
V15.81 Noncompliantă la tratament
(de/cu) Opiacee
292.0 Abstinență
305.50 Abuz
292.81 Delirium prin intoxicație
304.00 Dependență
292.89 Disfuncție sexuală indusă
292.89 Intoxicație
292.84 Tulburare afectivă indusă
292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
Tulburare psihotică indusă
292.12 cu halucinații
292.11 cu idei delirante
292.89 Tulburare de somn indusă
Panica
300.21 cu agorafobie
300.01 fără agorafobie
302.9 Parafilie FAS
307.47 Parasomnie FAS
302.2 Pedofilie
307.52 Pica
312.23 Piromanie
(de/cu) Phencyclidină (sau substanțe similare phencyclidinei)
305.90 Abuz
292.81 Delirium prin intoxicație
304.90 Dependență
292.89 Intoxicație
292.84 Tulburare afectivă indusă
292.89 Tulburare anxioasă indusă
292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
Tulburare psihotică indusă
292.12 cu halucinații
292.11 cu idei delirante
V62.4 Problemă de aculturație
V62.89 Problemă de fază de viață
313.82 Problemă de identitate
V62.2 Problemă profesională
V62.81 Problemă de relație FAS
V61.9 Problemă de relație în legătură cu o tulburare mentală sau cu o condiție medicală generală

V61.8 Problemă de relație între frați
V61.1 Problemă de relație cu partenerul
V61.20 Problemă de relație părinte-copil
V62.89 Problemă religioasă sau spirituală
V62.3 Problemă școlară
318.0 Retardare mentală moderată
318.2 Retardare mentală profundă
318.1 Retardare mentală severă
319 Retardare mentală de severitate nespecificată
317 Retardare mentală ușoară
307.55 Ruminație
302.84 Sadism sexual
Schizofrenie, tip
295.20 catatonic
295.10 dezorganizat
295.90 nediferențiat
295.30 paranoid
295.60 rezidual
(de/cu) Sedative, hipnotice sau anxiolitice
292.0 Abstinență
305.40 Abuz
292.81 Delirium prin abstinență
292.81 Delirium prin intoxicație
292.82 Demență persistentă indusă
304.10 Dependență
292.89 Disfuncție sexuală indusă
292.89 Intoxicație
292.84 Tulburare afectivă indusă
292.83 Tulburare amnestică persistentă indusă
292.89 Tulburare anxioasă indusă
292.9 Tulburare în legătură cu... FAS
Tulburare psihotică indusă
292.12 cu halucinații
292.11 cu idei delirante
292.89 Tulburare de somn indusă
V65.2 Simulare
307.46 Somnambulism
308.3 Stres acut
309.81 Stres posttraumatic
307.46 Teroare de somn
307.20 Tic FAS
307.22 Tic motor sau vocal cronic
307.21 Tic tranzitor
312.39 Tricotilomania
293.83 Tulburare afectivă datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
296.90 Tulburare afectivă FAS

Tulburare algică
307.89 asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală
307.80 asociată cu factori psihologici
307.59 Tulburare de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării
294.0 Tulburare amnestică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
294.8 Tulburare amnestică FAS
293.89 Tulburare anxioasă datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
300.00 Tulburare anxioasă FAS
299.80 Tulburare Asperger
299.00 Tulburare autistă
Tulburare bipolară I, cel mai recent episod, depresiv
296.56 în remisiune completă
296.55 în remisiune parțială
296.52 moderat
296.50 nespecificat
296.54 sever, cu elemente psihotice
296.53 sever, fără elemente psihotice
296.51 ușor
296.40 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod, hipomaniacal
Tulburare bipolară I, cel mai recent episod, maniacal
296.46 în remisiune completă
296.45 în remisiune parțială
296.42 moderat
296.40 nespecificat
296.44 sever, cu elemente psihotice
296.43 sever, fără elemente psihotice
296.41 ușor
Tulburare bipolară I. cel mai recent episod, mixt
296.66 în remisiune completă
296.65 în remisiune parțială
296.62 moderat
296.60 nespecificat
296.64 sever, cu elemente psihotice
296.63 sever, fără elemente psihotice
296.61 ușor
296.7 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod, nespecificat
Tulburare bipolară I, episod maniacal unic
296.06 în remisiune completă
296.05 în remisiune parțială
296.02 moderat
296.00 nespecificat
296.04 sever, cu elemente specifice
296.03 sever, fără elemente specifice
296.01 ușor
296.89 Tulburare bipolară II
296.80 Tulburare bipolară FAS

293.89 Tulburare catatonică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
301.13 Tulburare ciclotimică
292.4 Tulburare cognitivă FAS
307.50 Tulburare de comportament alimentar FAS
312.9 Tulburare de comportament disruptiv FAS
307.9 Tulburare de comunicare FAS
Tulburare de conduită
312.81 tip cu debut în copilărie
312.82. tip cu debut în adolescență
312.89 tip nespecificat
312.20 Tulburare a controlului impulsului
300.11 Tulburare de conversie
297.1 Tulburare delirantă
300.6 Tulburarea de depersonalizare
311 Tulburare depresivă FAS
Tulburare depresivă majoră, episod unic
296.26 în remisiune completă
296.25 în remisiune parțială
296.22 moderat
296.20 nespecificat
296.24 sever, cu elemente psihotice
296.23 sever, fără elemente psihotice
296.21 ușor
Tulburare depresivă majoră recurentă
296.36 în remisiune completă
296.35 în remisiune parțială
296.32 moderată
296.30 nespecificată
296.34 severă, cu elemente psihotice
296.33 severă, fără elemente psihotice
296.31 ușoară
299.10 Tulburare dezintegrativă a copilăriei
315.4 Tulburare de dezvoltare a coordonării
299.80 Tulburare de dezvoltare pervasivă
300.7 Tulburare dismorfică corporală
300.15 Tulburare disociativă FAS
300.4 Tulburare distimică
302.72 Tulburare de erecție a bărbatului
607.84 Tulburare de erecție a bărbatului datorată...
*[Se indică condiția medicală generală]*
302.72 Tulburare de excitație sexuală a femeii
312.34 Tulburare explozivă intermitentă
Tulburare factice
300.16 cu semne și simptome predominant psihologice
300.19 cu semne și simptome predominant somatice
300.19 cu semne și simptome psihologice și somatice combinate

300.19 Tulburare factice FAS
315.39 Tulburare fonologică
Tulburare hiperactivitate/deficit de atenție
314.01 de tip combinat
314.01 de tip predominant hiperactiv-impulsiv
314.00 de tip predominant inatent
314.9 Tulburare hiperactivitate/deficit de atenție FAS
300.14 Tulburare de identitate disociativă
Tulburare de identitate sexuală
302.85 la adolescenți sau la adulți
302.6 la copii
302.6 Tulburare de identitate sexuală FAS
315.9 Tulburare de învățare FAS
315.31 Tulburare de limbaj expresiv
293.9 Tulburare mentală FAS datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
300.9 Tulburare mentală nespecificată [nonpsihotică]
307.3 Tulburare de mișcare stereotipă
315.31 Tulburare mixtă de limbaj receptiv și expresiv
300.3 Tulburare obsesivo-compulsivă
313.81 (Tulburarea) Opoziționism provocator
302.74 Tulburare de orgasm a bărbatului
302.73 Tulburare de orgasm a femeii
313.9 Tulburare a perioadei de sugar, a copilăriei sau adolescenței FAS
301.7 Tulburare de personalitate antisocială
301.83 Tulburare de personalitate borderline
301.6 Tulburarea de personalitate dependentă
301.82 Tulburare de personalitate evitantă
301.9 Tulburare de personalitate FAS
301.50 Tulburare de personalitate histrionică
301.81 Tulburare de personalitate narcisistică
301.4 Tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă
301.0 Tulburare de personalitate paranoidă
301.20 Tulburare de personalitate schizoidă
301.22 Tulburare de personalitate schizotipală
Tulburare psihotică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
293.82 cu halucinații
293.81 cu idei delirante
298.9 Tulburare psihotică FAS
297.3 Tulburare psihotică indusă
298.8 Tulburare psihotică scurtă
313.89 Tulburarea reactivă de atașament a perioadei de sugar și a micii copilării
298.80 Tulburare Rett
307.45 Tulburare a ritmului circadian de somn
295.70 Tulburare schizoafectivă
295.40 Tulburare schizofreniformă
302.9 Tulburare sexuală FAS

300.81 Tulburare de somatizare
300.81 Tulburare somatoformă FAS
300.81 Tulburare somatoformă nediferențiată
Tulburare de somn datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
780.54 de tip hipersomnie
780.52 de tip insomnie
780.59 de tip mixt
780.59 de tip parasomnie
780.59 Tulburare de somn în legătură cu respirația
307.23 Tulburare Tourette
Tulburări de adaptare
309.24 cu anxietate
309.0 cu dispoziție depresivă
309.28 cu dispoziție mixtă depresivă și anxioasă
309.3 cu perturbare de conduită
309.4 cu perturbare mixtă de emoții și conduită
309.9 nespecificată
306.55 Vaginism (Nedatorat unei condiții medicale generale)
302.81 Voyeurism

## Anexa F

# Lista Numerică a Diagnosticelor și Codurilor DSM-IV-TR

Pentru a menține compatibilitatea cu ICD-9-CM, unele diagnostice DSM-IV cu aceleași numere de cod. Acestea sunt indicate în această listă prin paranteze.

FAS = fără altă specificație

| | |
|---|---|
| 290.40 | Demență vasculară, necomplicată |
| 290.41 | Demență vasculară, cu delirium |
| 290.42 | Demență vasculară, cu idei delirante |
| 290.43 | Demență vasculară, cu dispoziție depresivă |
| 291.0 | Delirium prin abstinență de alcool |
| 291.0 | Delirium prin intoxicație cu alcool |
| 291.1 | Tulburare amnestică persistentă indusă de alcool |
| 291.2 | Demență persistentă indusă de alcool |
| 291.3 | Tulburare psihotică indusă de alcool, cu halucinații |
| 291.5 | Tulburare psihotică indusă de alcool, cu idei delirante |
| 291.81 | Abstinență alcoolică |
| 291.89 | Disfuncție sexuală indusă de alcool |
| 291.89 | Tulburare afectivă indusă de alcool |
| 291.89 | Tulburare anxioasă indusă de alcool |
| 291.89 | Tulburare de somn indusă de alcool |
| 291.9 | Tulburare în legătură cu alcoolul FAS |
| 292.0 | Abstinență de amfetamină |
| 292.0 | Abstinență de cocaină |
| 292.0 | Abstinență de nicotină |
| 292.0 | Abstinență de opiacee |
| 292.0 | Abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice |
| 292.0 | Abstinență de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) |
| 292.11 | Tulburare psihotică indusă de amfetamină, cu idei delirante |
| 292.11 | Tulburare psihotică indusă de cannabis, cu idei delirante |
| 292.11 | Tulburare psihotică indusă de cocaină, cu idei delirante |
| 292.11 | Tulburare psihotică indusă de halucinogene, cu idei delirante |
| 292.11 | Tulburare psihotică indusă de inhalante, cu idei delirante |
| 292.11 | Tulburare psihotică indusă de phenyclidină, cu idei delirante |

292.11 Tulburare psihotică indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice, cu idei delirante
292.11 Tulburare psihotică indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) cu idei delirante
292.12 Tulburare psihotică indusă de amfetamină, cu halucinații
292.12 Tulburare psihotică indusă de cannabis, cu halucinații
292.12 Tulburare psihotică indusă de cocaină, cu halucinații
292.12 Tulburare psihotică indusă de halucinogene, cu halucinații
292.12 Tulburare psihotică indusă de inhalante, cu halucinații
292.12 Tulburare psihotică indusă de opiacee, cu halucinații
292.12 Tulburare psihotică indusă de phencyclidină, cu halucinații
292.12 Tulburare psihotică indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice, cu halucinații
292.12 Tulburare psihotică indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) cu halucinații
292.81 Delirium prin intoxicație cu amfetamină
292.81 Delirium prin intoxicație cu cannabis
292.81 Delirium prin intoxicație cu cocaină
292.81 Delirium prin intoxicație cu halucinogene
292.81 Delirium prin intoxicație cu inhalante
292.81 Delirium prin intoxicație cu opiacee
292.81 Delirium prin intoxicație cu phencyclidină
292.81 Delirium prin abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice
292.81 Delirium prin intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice
292.81 Delirium indus de altă substanță (sau o substanță necunoscută)
292.82 Demență persistentă indusă de inhalante
292.82 Demență persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice
292.82 Demență persistentă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută
292.83 Tulburare amnestică persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice
292.83 Tulburare amnestică persistentă indusă de altă substanță (sau o substanță necunoscută)
292.84 Tulburare afectivă indusă de amfetamină
292.84 Tulburare afectivă indusă de cocaină
292.84 Tulburare afectivă indusă de halucinogene
292.84 Tulburare afectivă indusă de inhalante
292.84 Tulburare afectivă indusă de opiacee
292.84 Tulburare afectivă indusă de phencyclidină
292.84 Tulburare afectivă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice
292.84 Tulburare afectivă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)
292.89 Tulburare anxioasă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)
292.89 Tulburare de somn indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)
292.89 Disfuncție sexuală indusă de amfetamină
292.89 Intoxicație cu amfetamină
292.89 Tulburare anxioasă indusă de amfetamină
292.89 Tulburare de somn indusă de amfetamină
292.89 Tulburare anxioasă indusă de cafeină
292.89 Tulburare de somn indusă de cafeină
292.89 Intoxicație indusă de cannabis
292.89 Tulburare anxioasă indusă de cannabis

292.89 Disfuncție sexuală indusă de cocaină
292.89 Intoxicație cu cocaină
292.89 Tulburare anxioasă indusă de cocaină
292.89 Tulburare de somn indusă de cocaină
292.89 Intoxicație cu halocinogene
292.89 Tulburare anxioasă indusă de halucinogene
292.89 Tulburare de percepție persistentă indusă de halucinogene
292.89 Intoxicație cu inhalante
292.89 Tulburare anxioasă indusă de inhalante
292.89 Disfuncție sexuală indusă de opiacee
292.89 Intoxicație cu opiacee
292.89 Tulburare de somn indusă de opinacee
292.89 Intoxicație cu phencyclidină
292.89 Tulburare anxioasă indusă de phencyclidină
292.89 Disfuncție sexuală indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice
292.89 Intoxicație cu sedative, hipnotice sau naxiolitice
292.89 Tulburare anxioasă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice
292.89 Tulburare de somn indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice
292.89 Disfuncție sexuală indusă de altă substanță (sau o substanță necunoscută)
292.89 Intoxicație cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută)
292.9 Tulburare în legătură cu amfetamina FAS
292.9 Tulburare în legătură cu cafeina FAS
292.9 Tulburare în legătură cu cannabisul FAS
292.9 Tulburare în legătură cu cocaina FAS
292.9 Tulburare în legătură cu halucinogenele FAS
292.9 Tulburare în legătură cu inhalantele FAS
292.9 Tulburare în legătură cu nicotina FAS
292.9 Tulburare în legătură cu opiaceele FAS
292.9 Tulburare în legătură cu phencyclidina FAS
292.9 Tulburare în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele FAS
292.9 Tulburare în legătură cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută) FAS
293.0 Delirium datorat... *[Se indică condiția medicală generală]*
293.81 Tulburare psihotică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*, cu idei delirante
293.82 Tulburare psihotică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* cu halucinații
293.83 Tulburare afectivă datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
293.84 Tulburare anxioasă datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
293.89 Tulburare catatonică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
293.9 Tulburare mentală FAS datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
294.0 Tulburare amnestică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
294.10* Demență datorată ...*[Se indică condiția medicală generală ]*, fără tulburare de comportament

* Codul ICD-9-CM valabil de la 1 Octombrie 2000

294.10* Demență de tip Alzheimer, cu debut precoce, fără tulburare de comportament
294.10* Demență de tip Alzheimer, cu debut tardiv, fără tulburare de comportament
294.11* Demență datorată ..*[Se indică condiția medicală generală ]* cu tulburare de comportament ·
294.11* Demență de tip Alzheimer, cu debut precoce, cu tulburare de comportament
294.11* Demență de tip Alzheimer, cu debut tardiv, cu tulburare de comportament
294.8 Tulburare amnestică FAS
294.8 Demență FAS
294.9 Tulburare cognitivă FAS
295.10 Schizofrenie, tip dezorganizat
295.20 Schizofrenie, tip catatonic
295.30 Schizofrenie, tip paranoid
295.40 Tulburare schizofreniformă
295.60 Schizofrenie, tip rezidual
295.70 Tulburare schizoafectivă
295.90 Schizofrenie, tip nediferențiat
296.00 Tulburare bipolară I, episod maniacal unic, nespecificat
296.01 Tulburare bipolară I, episod maniacal unic, ușor
296.02 Tulburare bipolară I, episod maniacal unic, moderat
296.03 Tulburare bipolară I, episod maniacal unic, sever, fără elemente psihotice
296.04 Tulburare bipolară I, episod maniacal unic, sever, cu elemente psihotice
296.05 Tulburare bipolară I, episod maniacal unic, în remisiune parțială
296.06 Tulburare bipolară I, episod maniacal unic, în remisiune completă
296.20 Tulburare depresivă majoră, episod unic, nespecificat
296.21 Tulburare depresivă majoră, episod unic, ușor
296.22 Tulburare depresivă majoră, episod unic, moderat
296.23 Tulburare depresivă majoră, episod unic, sever, fără elemente psihotice
296.24 Tulburare depresivă majoră, episod unic, sever, cu elemente psihotice
296.25 Tulburare depresivă majoră, episod unic, în remisiune parțială
296.26 Tulburare depresivă majoră, episod unic, în remisiune completă
296.30 Tulburare depresivă majoră, recurentă, nespecificată
296.31 Tulburare depresivă majoră, recurentă, ușoară
296.32 Tulburare depresivă majoră, recurentă, moderată
296.33 Tulburare depresivă majoră, recurentă, severă, fără elemente psihotice
296.34 Tulburare depresivă majoră, recurentă, severă, cu elemente psihotice
296.35 Tulburare depresivă majoră, recurentă, în remisiune parțială
296.36 Tulburare depresivă majoră, recurentă, în remisiune completă
296.40 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod hipomaniacal
296.40 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod maniacal, nespecificat
296.41 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod maniacal, ușor

* Codul ICD-9-CM valabil de la 1 Octombrie 2000

296.42 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod maniacal, moderat
296.43 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod maniacal, sever, fără elemente psihotice
296.44 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod maniacal, sever, cu elemente psihotice
296.45 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod maniacal, în remisiune parțială
296.46 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod maniacal, în remisiune completă
296.50 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv, nespecificat
296.51 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv, ușor
296.52 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv, moderat
296.53 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv, sever, fără elemente psihotice
296.54 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv, sever, cu elemente psihotice
296.55 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv, în remisiune parțială
296.56 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv, în remisiune completă
296.60 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod mixt, nespecificat
296.61 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod mixt, ușor
296.62 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod mixt, moderat
296.63 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod mixt, sever, fără elemente psihotice
296.64 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod mixt, sever, cu elemente psihotice
296.65 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod mixt, în remisiune parțială
296.66 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod mixt, în remisiune completă
296.7 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod nespecificat
296.80 Tulburare bipolară FAS
296.89 Tulburare bipolară II
296.90 Tulburare afectivă FAS
297.1 Tulburare delirantă
297.3 Tulburare delirantă indusă
298.8 Tulburare psihotică scurtă
298.9 Tulburare psihotică FAS
299.00 Tulburare autistă
299.10 Tulburare dezintegrativă a copilăriei
299.80 Tulburare Asperger
299.80 Tulburare de dezvoltare pervasivă FAS
299.80 Tulburare Rett
300.00 Tulburare anxioasă FAS
300.01 Panică fără agorafobie
300.02 Anxietate generalizată
300.11 Tulburare de conversie
300.12 Amnezie disociativă
300.13 Fugă disociativă
300.14 Tulburare de identitate disociativă
300.15 Tulburare disociativă FAS
300.16 Tulburare factice cu semne și simptome predominant psihologice

300.19 Tulburare factice FAS
300.19 Tulburare factice cu semne și simptome psihologice și somatice combinate
300.19 Tulburare factice cu semne și simptome predominant somatice
300.21 Panică cu agorafobie
300.22 Agorafobie fără istoric de panică
300.23 Fobie socială
300.29 Fobie specifică
300.3 Tulburare obsesivo-compulsivă
300.4 Tulburare distimică
300.6 Tulburare de depersonalizarea
300.7 Tulburare dismorfică corporală
300.7 Hipocondrie
300.81 Tulburare de somatizare
300.81 Tulburare somatoformă FAS
300.81 Tulburare somatoformă nediferențiată
300.9 Tulburare mentală nespecificată (nonpsihotică)
301.0 Tulburare de personalitate paranoidă
301.13 Tulburare ciclotimică
301.20 Tulburare de personalitate schizoidă
301.22 Tulburare de personalitate schizotipală
301.4 Tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă
301.50 Tulburare de personalitate histrionică
301.6 Tulburare de personalitate dependentă
301.7 Tulburare de personalitate antisocială
301.81 Tulburare de personalitate narcisistică
301.82 Tulburare de personalitate evitantă
301.83 Tulburare de personalitate borderline
301.9 Tulburare de personalitate FAS
302.2 Pedofilie
302.3 Fetișism transvestic
302.4 Exhibiționism
302.6 Tulburare de identitate sexuală la copii
302.6 Tulburare de identitate FAS
302.70 Disfuncție sexuală FAS
302.71 Dorință sexuală redusă
302.72 Tulburare de excitație sexuală a femeii
302.72 Tulburare de erecție a bărbatului
302.73 Tulburare de orgasm a femeii
302.74 Tulburare de orgasm a bărbatului
302.75 Ejaculare precoce [prematură]
302.76 Dispareunie (nedatorată unei condiții medicale generale)
302.79 Aversiune sexuală
302.81 Fetișism
302.82 Voyeurism
302.83 Masochism sexual
302.84 Sadism sexual
302.85 Tulburare de identitate sexuală la adolescenți sau la adulți
302.89 Frotteurism

302.09 Parafilie FAS
302.09 Tulburare sexuală FAS
303.00 Intoxicație alcoolică
303.90 Dependență alcoolică
304.00 Dependență de opiacee
304.10 Dependență de sedative, hipnotice sau anxiolotice
304.20 Dependență de cocaină
304.30 Dependență de cannabis
304.40 Dependență de amfetamină
304.50 Dependență de halucinogene
304.60 Dependență de inhalante
304.60 Dependență de phencyclidină
304.80 Dependență de polisubstanță
304.90 Dependență de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)
305.00 Abuz de alcool
305.1 Dependență de nicotină
305.20 Abuz de cannabis
305.30 Abuz de halucinogene
305.40 Abuz de sedative, hipnotice sau anxiolitice
305.50 Abuz de opiacee
305.60 Abuz de cocaină
305.70 Abuz de amfetamină
305.90 Intoxicație cu cafeină
305.90 Abuz de inhalante
305.90 Abuz de altă substanță (sau de o substanță necunoscută)
305.90 Abuz de phencyclidină
306.51 Vaginism (nedatorat unei condiții medicale generale)
307.0 Balbism
307.1 Anorexie nervoasă
307.20 Tic FAS
307.21 Tic tranzitor
307.22 Tic motor sau vocal cronic
307.23 Tulburare Tourette
307.3 Tulburare de mișcare stereotipă
307.42 Insomnie în legătură cu... *[Se indică tulburarea de pe axa I sau axa II]*
307.42 Insomnie primară
307.44 Hipersomnie în legătură cu... *[Se indică tulburarea de pe axa I sau axa II]*
307.44 Hipersomnie primară
307.45 Tulburare a ritmului circadian de somn
307.46 Teroare de somn
307.46 Somnambulism
307.47 Dissomnie FAS
307.47 Coșmar
307.47 Parasomnie FAS
307.50 Tulburare de comportament alimentar FAS
307.51 Bulimie nervoasă
307.52 Pica
307.53 Rumințație

307.59 Tulburare de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării
307.6 Enurezis (nedatorat unei condiții medicale generale)
307.7 Encoprezis fără constipație sau incontinență prin preaplin
307.80 Tulburare algică asociată cu factori psihologici
307.89 Tulburare algică asociată atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală
307.9 Tulburare de comunicare FAS
308.3 Stres acut
309.0 Tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă
309.21 Anxietate de separare
309.24 Tulburare de adaptare cu anxietate
309.28 Tulburare de adaptare cu dispoziție mixtă anxioasă și depresivă
309.3 Tulburare de adaptare cu perturbare de conduită
309.4 Tulburare de adaptare cu perturbare mixtă de emoții și conduită
309.81 Stres posttraumatic
309.9 Tulburare de adaptare nespecificată
310.1 Modificare de personalitate datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
311 Tulburare depresivă FAS
312.30 Tulburare a controlului impulsului FAS
312.31 Joc de șansă patologic
312.32 Kleptomanie
312.33 Piromanie
312.34 Tulburare explozivă intermitentă
312.39 Tricotilomanie
312.8 Tulburare de conduită
312.9 Tulburare de comportament disruptiv FAS
313.23 Mutism selectiv
313.81 Tulburarea opozitionismul provocator
313.82 Problemă de identitate
313.89 Tulburare reactivă de atașament a perioadei de sugar sau a micii copilării
313.9 Tulburare a perioadei de sugar, a copilăriei sau adolescenței FAS
314.0 Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant de inatenție
314.01 Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip combinat
314.01 Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant impulsiv-hiperactiv
314.9 Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip FAS
315.00 Discalculie [Tulburare de calcul]
315.2 Disgrafie (Tulburare a expresiei grafice)
315.31 Tulburare de limbaj expresiv
315.32 Tulburare mixtă de limbaj receptiv și expresiv
315.39 Tulburare fonologică
315.4 Tulburare de dezvoltare a coordonării
315.9 Tulburare de învățare FAS
316 ... *[De specificat factorul psihologic]* care afectează *[Se indică condiția medicală generală]*
317 Retardare mentală ușoară
318.0 Retardare mentală moderată

318.1 Retardare mentală severă
318.2 Retardare mentală profundă
319 Retardare mentală de severitate nespecificată
332.1 Parkinsonism indus de neuroleptice
333.1 Tremor postural indus de un medicament
333.7 Distonie acută indusă de neuroleptice
333.82 Diskinezie tardivă indusă de neuroleptice
333.90 Tulburare de mișcare indusă de neuroleptice FAS
333.92 Sindrom neuroleptic malign
333.99 Akatisie acută indusă de neuroleptice
347 Narcolepsie
607.84 Tulburare de erecție a bărbatului datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
608.89 Dispareunie masculină datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
608.89 Dorință sexuală diminuată a bărbatului datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
608.89 Altă disfuncție sexuală a bărbatului
625.0 Dispareunie feminină datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
625.8 Dorință sexuală diminuată a femeii datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
625.8 Altă disfuncție sexuală a femeii datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*
780.09 Delirium FAS
780.52 Tulburare de somn datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*, de tip insomnie
780.53 Tulburare de somn datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*, de tip hipersomnie
780.59 Tulburare de somn în legătură cu respirația
780.59 Tulburare de somn datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*, de tip mixt
780.59 Tulburare de somn datorată... *[Se indică condiția medicală generală]*, de tip parasomnie
780.9 Declin cognitiv în legătură cu etatea
787.6 Encoprezis cu constipație și incontinență prin preaplin
799.9 Diagnostic amânat pe axa II
799.9 Diagnostic sau condiție amânată pe axa II
995.2 Efecte adverse ale medicamentelor FAS
995.5 Neglijarea copilului *[dacă în centrul atenției se află victima]*
995.5 Abuz sexual de un copil *[dacă în centrul atenției se află victima]*
995.5 Abuz fizic de un copil *[dacă în centrul atenției se află victima]*
995.81 Abuz fizic de un adult *[dacă în centrul atenției se află victima]*
995.81 Abuz sexual de un adult *[dacă în centrul atenției se află victima]*
V15.81 Noncomplianță la tratament
V61.1 Problemă relațională cu partenerul
V61.1 Abuz fizic de un adult (dacă de către partener)
V61.1 Abuz sexual de un adult (dacă de către partener)
V62.0 Problemă relațională părinte-copil

V61.21 Neglijare a copilului
V61.21 Abuz fizic de un copil
V61.21 Abuz sexual de un copil
V61.8 Problemă relațională între frați
V61.9 Problemă relațională referitoare la o tulburare mentală sau la o condiție medicală generală
V62.2 Problemă profesională
V62.3 Problemă școlară
V62.4 Problemă de aculturație
V62.81 Problemă relațională FAS
V62.82 Doliu
V62.89 Activitate intelectuală liminară (borderline)
V62.89 Problemă de fază de viață
V62.89 Problemă religioasă sau spirituală
V65.2 Simulare
V71.01 Comportament antisocial al adultului
V71.02 Comportament antisocial al copilului sau adolescentului
V71.09 Nici un diagnostic pe axa II
V71.09 Nici un diagnostic sau condiție pe axa II

**Anexa G**

# Codurile ICD-9-CM pentru Condițiile Medicale Generale selectate și Tulburările Induse de Medicamente

Revizuite pentru a include codurile ICD-9-CM devenite efective de la 1 Octombrie 2000

Sistemul oficial de codificare în uz la data publicării DSM-IV este Clasificarea Internațional ă a Maladiilor, cea de a 9-a revizuire, Modificarea Clinică (ICD-9-CM). Această anexă conține două secțiuni care sunt prevăzute pentru a facilita codificarea ICD-9-CM: 1) codurile pentru condițiile medicale generale selectate și 2) codurile pentru tulburările induse de medicamente.

## Codurile ICD-9-CM pentru Condițiile Medicale Generale selectate

Codurile specificate pentru a fi utilizate pe axa I și axa II a DSM-IV reprezintă numai o mică fracțiune din codurile prevăzute în ICD-9-CM. Condițiile clasificate în afara capitolului „Tulburările mentale" al ICD-9-CM sunt, de asemenea, importante pentru diagnostic clinic și tratament în unitățile de sănătate mentală. Axa III este prevăzută pentru a facilita raportarea acestor condiții (vezi pag. 29). Pentru a ajuta clinicianul în reperarea codurilor ICD-9-CM, această anexă prevede un index selectiv al acelor coduri ICD-9-CM pentru condițiile medicale generale care sunt cele mai relevante pentru diagnostic și tratament în unitățile de sănătate mentală. ICD-9-CM oferă ospecificitate diagnostică, dincolo de cea reflectată de multe dintre codurile care apar în această anexă (de ex., pentru a indica un anumit sediu anatomic sau prezența unei anumite complicații). În cazurile în care specificitatea crescută este indicată de cea de a cincea cifră a codului, a fost selectat codul cel mai puțin specific (de regulă „0"). De exemplu, codul pentru limfosarcom este dat ca fiind 200.10 (pentru sediu nespecificat), însă o specificitate mai mare cu privire la sediul anatomic poatè fi indicată prin alte coduri cu cinci cifre, de exemplu, 200.12 limfosarcom, ganglionii limfatici intratoracici. În cazurile în care specificitatea crescută este reflectată de cea de a patra cifră a codului, această anexă prevede adesea categoria „nespecificat" (de ex., 555.9 este listat pentru enterita regională; ICD-9-CM include, de asemenea, 555.0 pentru enterita implicând intestinul subțire, 555.1, pentru implicarea intestinului gros și 555.2, pentru implicarea ambelor). Codurile diagnostice pentru care este disponibilă o

specificitate mai mare sunt indicate în această anexă printr-un asterisc (*). Clinicienii interesați în înregistrarea unei specificități mai mari trebuie să consulte lista completă de coduri publicată în ICD-9-CM a maladiilor, lista tabulară (volumul 1) și ICD-9-CM a maladiilor, indexul alfabetic (volumul 2). Aceste documente sunt aduse la zi în luna octombrie a fiecărui an și sunt publicate de Departamentul Sănătății și Serviciilor Umane al Statelor Unite. Ele sunt accesibile prin Direcția de Documente, Oficiul de Imprimate al Guvernului Statelor Unite, precum și printr-un număr de editori particulari.

**Notă:** Un asterisc (*) urmând codului ICD-9-CM indică faptul că este disponibilă o specificitate mai mare (de ex., o anumită complicație sau sediu anatomic). A se consulta ICD-9-CM Maladii: Lista Tabulară (vol. 1) pentru acele coduri care necesită informații suplimentare.

## Maladii ale sistemului nervos

| | |
|---|---|
| 324.0 | Abces intracranian |
| 435.9 | Atac ischemic tranzitor |
| 437.0 | Ateroscleroză cerebrală |
| 334.4 | Ataxie cerebeloasă |
| 354.0 | Cauzalgie |
| 436.20 | Cefalee în ciorchine |
| 850.9* | Comoție |
| 851.80* | Contuzie cerebrală |
| 333.4 | Coree Huntington |
| 359.1 | Distrofie musculară Duchenne |
| 350.2 | Durere facială atipică |
| 348.5 | Edem cerebral |
| 049.9* | Encefalită virală |
| 572.2 | Encefalopatie hepatică |
| 437.2 | Encefalopatie hipertensivă |
| 348.3* | Encefalopatie nespecificată |
| 345.10* | Epilepsie grand mal |
| 345.40* | Epilepsie parțială, cu alterarea conștiinței (lob temporal) |
| 345.50* | Epilepsie parțială, fără alterarea conștiinței (jacksoniană) |
| 345.00* | Epilepsie petit mal (absențe) |
| 432.0 | Hemoragie extradurală nontraumatică |
| 852.40* | Hemoragie extradurală traumatică |
| 431 | Hemoragie intracerebrală nontraumatică |
| 430 | Hemoragie subarahnoidiană nontraumatică |
| 852.00* | Hemoragie subarahnoidiană traumatică |
| 432.1 | Hemoragie subdurală nontraumatică |
| 852.20* | Hemoragie subdurală traumatică |
| 331.3 | Hidrocefalie comunicantă |
| 331.4 | Hidrocefalie obstructivă |
| 436 | Ictus (AVC) |
| 046.1 | Kuru |
| 046.3 | Leucoencefalopatie multifocală progresivă |
| 330.1 | Lipidoză cerebrală |
| 331.0 | Maladie Alzheimer |

| | |
|---|---|
| 046.1 | Maladie Creutzfeldt-Jakob |
| 332.0 | Maladie Parkinson, primară |
| 331.1 | Maladie Pick |
| 330.1 | Maladie Tay-Sachs |
| 321.1* | Meningită fungică, Altă |
| 320.9* | Meningită bacteriană (datorată unei bacterii nespecificate) |
| 321.0 | Meningită criptococică |
| 054.72 | Meningită cu virusul herpes simplex |
| 053.0 | Meningită cu herpes zoster |
| 094.2 | Meningită luetică |
| 047.9* | Meningită virală (datorată unui virus nespecificat) |
| 358.0 | Miastenia gravis |
| 346.00* | Migrenă clasică (cu aură) |
| 346.10* | Migrenă comună |
| 346.90 | Migrenă nespecificată |
| 337.1 | Neuropatie periferică vegetativă |
| 250.1 | Nevralgie de trigemen |
| 434.9* | Ocluzie de arteră cerebrală |
| 046.2 | Panencefalită sclerozantă subacută |
| 351.0 | Paralizie Bell |
| 343.9* | Paralizie cerebrală |
| 094.1 | Paralizia generală |
| 335.23 | Paralizie pseudobulbară |
| 357.9* | Polineuropatie |
| 348.2 | Pseudotumoră cerebrală |
| 335.20 | Scleroză laterală amiotrofică |
| 340 | Scleroză multiplă (SM) |
| 354.0 | Sindrom de tunel carpian |
| 345.3 | Status grand mal |
| 345.70 | Status de lob temporal (psihomotor) |
| 345.2 | Status petit mal |
| 433.1 | Stenoză de arteră carotidă, fără infarctizare cerebrală |
| 333.1 | Tremor esențial benign |

## Maladii ale sistemului circulator

| | |
|---|---|
| 413.9* | Angor pectoris |
| 440.9* | Ateroscleroză |
| 414.00* | Ateroscleroză coronariană |
| 427.60* | Bătăi premature |
| 426.10* | Bloc atrioventricular |
| 426.4 | Bloc de ramură dreaptă |
| 426.3* | Bloc de ramură stângă |
| 425.5 | Cardiomiopatie alcoolică |
| 425.4* | Cardiomiopatie idiopatică |
| 416.9* | Cord pulmonar cronic |
| 427.9* | Disritmie cardiacă nespecificată |
| 415.19* | Embolie pulmonară |
| 421.9* | Endocardită bacteriană |

| | |
|---|---|
| 427.31 | Fibrilație atrială |
| 427.41 | Fibrilație ventriculară |
| 451.9* | Flebită/tromboflebită |
| 427.32 | Flutter atrial |
| 427.42 | Flutter ventricular |
| 455.6* | Hemoroizi |
| 401.9* | Hipertensiune esențială |
| 458.0 | Hipotensiune ortostatică |
| 410.90* | Infarct miocardic acut |
| 428.0* | Insuficiență cardiacă congestivă |
| 420.0 | Insuficiență a valvei mitrale (nonreumatică) |
| 402.91* | Maladie hipertensivă cardiacă cu insuficiență cardiacă congestivă |
| 402.90* | Maladie hipertensivă cardiacă fără insuficiență cardiacă congestivă |
| 403.91* | Maladie hipertensivă renală cu insuficiență |
| 403.90* | Maladie hipertensivă renală fără insuficiență |
| 424.3 | Maladie (nonreumatică) a valvei pulmonare |
| 397.1 | Maladie reumatică a valvei pulmonare |
| 424.2 | Maladie (nonreumatică) a valvei tricuspide |
| 397.0 | Maladie reumatică a valvei tricuspide |
| 443.9* | Maladie vasculară periferică |
| 423.9* | Pericardită |
| 446.0 | Poliarterită nodoasă |
| 424.0 | Prolaps al valvei mitrale |
| 394.0* | Stenoză (reumatică) a valvei mitrale |
| 427.5 | Stop cardiac |
| 427.2 | Tahicardie paroxistică, nespecificată |
| 427.0 | Tahicardie paroxistică supraventriculară |
| 427.1 | Tahicardie (paroxistică) ventriculară |
| 424.1 | Tulburare a valvei aortice |
| 456.0 | Varice esofagiene cu sângerare |
| 456.1 | Varice esofagiene fără sângerare |
| 454.9* | Vene varicoase la membrele inferioare |

## Maladii ale sistemului respirator

| | |
|---|---|
| 513.0 | Abces pulmonar |
| 493.20* | Astm obstructiv cronic |
| 493.90* | Astm nespecificat |
| 518.0 | Atelectazie |
| 494.1 | Bronșiectazie |
| 466.0 | Bronșită acută |
| 491.21 | Bronșită obstructivă cronică (MPOC), cu exacerbare acută |
| 491.20 | Bronșită obstructivă cronică (MPOC), fără exacerbare acută |
| 492.8* | Emfizem |
| 511.9* | Epapament pleural |
| 277.00* | Fibroză chistică |
| 518.81* | Insuficiență respiratorie |

505 Pneumoconioză
482.9* Pneumonie bacteriană nespecificată
486* Pneumonie cu germen nespecificat
483.0 Pneumonie cu micoplasma
481 Pneumonie pneumococică
136.3 Pneumonie pneumocystică
482.30* Pneumonie streptococică
480.9* Pneumonie virală
860.4* Pneumohemotorax traumatic
512.8* Penumotorax spontan
860.0* Pneumotorax traumatic
011.9* Tuberculoză pulmonară

## Neoplasme

Codurile diagnostice ale ICD-9-CM pentru neoplasme sunt clasificate în tabelul neoplasmelor din indexul alfabetic al ICD-9-CM (volumul 2) conform sediului și gradului de malignitate (primar, secundar, in situ, benign, incert, nespecificat). **Notă:** Pentru pacienții cu istoric personal de neoplasme maligne care au fost îndepărtate chirurgical sau eradicate prin chimioterapie sau radioterapie, trebuie să fie utilizate codurile V10.0–V10.9; pentru sediile specifice a se consulta indexul alfabetic (volumul 2) al ICD-9-CM din „istoric personal de neoplasm malign".

Mai jos sunt listate unele din cele mai frecvente coduri rezervate pentru neoplasme.

227.0 Feocromocitom benign
194.0 Feocromocitom malign
228.02 Hemangiom cerebral
208.00* Leucemie acută
208.01* Leucemie acută, în remisiune
208.10* Leucemie cronică
208.11* Leucemie cronică, în remisiune
200.10* Limfosarcom
201.90* Maladie Hodgkin
225.2 Meningiom (cerebral)
203.00 Mielom multiplu
203.01 Mielom multiplu, în remisiune
225.0 Neoplasm** benign cerebral
211.4 Neoplasm** benign al colonului
195.2 Neoplasm malign primar al cavității abdominale
162.9* Neoplasm malign primar al bronhiilor
153.9* Neoplasm malign primar al colonului
197.5 Neoplasm malign secundar al colonului
180.9* Neoplasm malign primar al colului uterin
191.9* Neoplasm malign primar al creierului
198.3 Neoplasm malign secundar al creierului
150.9* Neoplasm malign primar al esofagului

** – în înțeles de tumoră, nu de cancer

| | |
|---|---|
| 155.0 | Neoplasm malign primar al ficatului |
| 197.7 | Neoplasm malign secundar al ficatului |
| 152.9* | Neoplasm malign primar al al intestinului subțire |
| 196.9* | Neoplasm malign secundar al ganglionilor limfatici |
| 175.9* | Neoplasm malign primar mamar al bărbatului |
| 174.9* | Neoplasm malign primar mamar al femeii |
| 172.9* | Neoplasm malign, melanom primar |
| 70.9* | Neoplasm malign primar al osului |
| 198.5 | Neoplasm malign secundar al osului |
| 183.0* | Neoplasm malign primar al ovarului |
| 157.9* | Neoplasm malign primar al pancreasului |
| 173.9* | Neoplasm malign primar al pielii |
| 185 | Neoplasm malign primar al prostatei |
| 162.9* | Neoplasm malign primar al pulmonului |
| 197.0 | Neoplasm malign secundar al pulmonului |
| 154.1 | Neoplasm malign primar al rectului |
| 189.0* | Neoplasm malign primar al rinichiului |
| 151.9 | Neoplasm malign primar al stomacului, sediu nespecificat |
| 194.0 | Neoplasm malign primar al glandei suprarenale |
| 186.9* | Neoplasm malign primar al testicolului |
| 193 | Neoplasm malign primar al tiroidei |
| 171.9* | Neoplasm malign primar al țesutului conjunctiv |
| 179* | Neoplasm malign primar al uterului |
| 188.9* | Neoplasm malign primar al vezicii urinare |
| 237.70* | Neurofibromatoză |
| 238.4 | Policitemia vera |
| 176.9* | Sarcom Kaposi |

## Maladii endocrine

| | |
|---|---|
| 253.0 | Acromegalie |
| 259.0 | Dezvoltare sexuală și pubertate întârziată |
| 259.1 | Dezvoltare sexuală și pubertate precoce |
| 253.5 | Diabet insipid |
| 250.01* | Diabet zaharat, tip I/insulino-dependent |
| 250.00* | Diabet zaharat, tip II/noninsulino-dependent |
| 256.9* | Disfuncție ovariană |
| 257.9* | Disfuncție testiculară |
| 241.9* | Gușă nodulară nontoxică |
| 240.9* | Gușă simplă |
| 255.1 | Hiperaldosteronism |
| 252.0 | Hiperparatiroidism |
| 252.1 | Hipoparatiroidism |
| 244.9* | Hipotiroidism căpătat |
| 243 | Hipotiroidism congenital |
| 255.4 | Insuficiență corticosuprarenală |
| 253.2 | Nanism pituitar |

| | |
|---|---|
| 253.2 | Panhipopituitarism |
| 259.2 | Sindrom carcinoid |
| 255.0 | Sindrom Cushing |
| 245.9* | Tiroidită |
| 242.9* | Tireotoxicoză |
| 255.2 | Tulburare adrenogenitală |

## Maladii de nutriție

| | |
|---|---|
| 265.0 | Beriberi |
| 266.2 | Deficiență de acid folic |
| 269.3 | Deficiență de calciu |
| 269.3 | Deficiență de iod |
| 266.0 | Deficiență de riboflavină |
| 264.9* | Deficiență de vitamină A |
| 266.1 | Deficiență de vitamină B6 |
| 266.2 | Deficiență de vitamină B12 |
| 267 | Deficiență de vitamină C |
| 268.9* | Deficiență de vitamină D |
| 269.1 | Deficiență de vitamină E |
| 269.0 | Deficiență de vitamină K |
| 260 | Kwashiorkor |
| 262 | Malnutriție protein-calorică severă |
| 261 | Marasm nutrițional |
| 278.0 | Obezitate |
| 265.2 | Pelagră (deficiență de niacină) |

## Maladii metabolice

| | |
|---|---|
| 267.2 | Acidoză |
| 276.3 | Alcaloză |
| 277.3 | Amiloidoză |
| 276.5 | Deshidratare [depleție de lichide (volum)] |
| 276.9* | Dezechilibru electrolitic |
| 270.1 | Fenilketonurie (PKU) |
| 274.9* | Gută |
| 275.0 | Hemocromatoză |
| 275.4 | Hipercalcemie |
| 276.7 | Hiperkaliemie |
| 276.0 | Hipernatremie |
| 275.4 | Hipocalcemie |
| 276.8 | Hipokaliemie |
| 276.1 | Hiponatremie |
| 271.3 | Malabsorbție de dizaharide (intoleranță la lactoză) |
| 275.1 | Maladie Wilson |
| 277.1 | Porfirie |
| 272.2 | Sindrom Lesch-Nyhan |

## Maladii ale sistemului digestiv

| | |
|---|---|
| 540.9* | Apendicită acută |
| 571.2 | Ciroza alcoolică |
| 575.0 | Colecistită acută |
| 575.1 | Colecistită cronică |
| 556 | Colită ulceroasă |
| 564.0 | Constipație |
| 009.2 | Diaree infecțioasă |
| 558.9* | Diaree nespecificată |
| 562.12 | Diverticulită de colon, cu hemoragie |
| 562.10 | Diverticulita de colon, nespecificată |
| 562.13 | Diverticuloză de colon, cu hemoragie |
| 562.11 | Diverticuloză de colon, nespecificată |
| 535.50* | Duodenită și gastrită |
| 555.9* | Enterită regională |
| 530.1 | Esofagită |
| 535.50* | Gastrită și duodenită |
| 558.9* | Gastroenterită |
| 571.1 | Hepatită alcoolică acută |
| 571.40* | Hepatită cronică |
| 573.3* | Hepatită toxică (include și pe cea indusă de droguri) |
| 071.1* | Hepatită virală A |
| 070.30* | Hepatită virală B |
| 070.51* | Hepatită virală C |
| 550.90 | Hernie inghinală |
| 560.39 | Impactare de fecale |
| 555.9* | Maladie Chron |
| 576.2 | Ocluzie de canal biliar |
| 560.9* | Ocluzie intestinală |
| 577.0 | Pancreatită acută |
| 577.1 | Pancreatită cronică |
| 567.9* | Peritonită |
| 530.1 | Reflux esofagian |
| 530.4 | Ruptură esofagiană |
| 564.1 | Sindrom de colon iritabil |
| 530.3 | Strictură esofagiană |
| 532.30* | Ulcer duodenal acut |
| 532.70* | Ulcer duodenal cronic |
| 531.30* | Ulcer gastric acut |
| 531.70* | Ulcer gastric cronic |

## Maladiile sistemului genitourinar

| | |
|---|---|
| 592.0 | Calcul renal |
| 592.1 | Calcul ureteral |
| 592.9* | Calcul urinar nespecificat |

620.2* Chist ovarian
595.9* Cistită
625.3 Dismenoree
625.2 Durere de mijloc [Mittelschmerz]
617.9* Endometrioză
218.9* Fibrom uterin
580.9* Glomerulonefrită acută
600 Hipertrofie de prostată, benignă (HPB)
599.0 Infecție a tractului urinar
628.9* Infertilitate feminină
606.9* Infertilitate masculină
584.9* Insuficiență renală acută
585 Insuficiență renală cronică
403.91* Insuficiență renală hipertensivă
586* Insuficiență renală nespecificată
614.9 Maladie inflamatorie pelvină
607.3 Priapism
618.9* Prolaps genital
601.9* Prostatită
593.3 Strictură ureterală
598.9 Strictură uretrală
627.9* Tulburare de menopauză sau de postmenopauză
626.9* Tulburare de menstruație și sângerare anormală
596.4 Vezică urinară atonă

## Maladiile hematologice

288.0 Agranulocitoză
284.9* Anemie aplastică
280.9* Anemie prin deficiență de fier
281.2 Anemie prin deficiență de folat
282.60* Anemie falciformă
283.19 Anemie hemolitică autoimună, Altă
283.9* Anemie hemolitica căpătată
283.10 Anemie hemolitică nonautoimună, nespecificată
283.11 Anemie hemolitică-sindrom uremic
281.0 Anemie pernicioasă
286.9* Defecte de coagulare
288.3 Eozinofilie
287.0 Purpură alergică
282.4 Talasemie
287.5* Trombocitopenie

## Maladiile ochiului

366.9* Cataractă
361.9* Detașare de retină

| | |
|---|---|
| 377.00* | Edem papilar |
| 365.9* | Glaucom |
| 377.30* | Nevrită optică |
| 379.50* | Nistagmus |
| 369.9* | Pierderea vederii |
| 372.9* | Tulburare a conjunctivei |

## Maladiile urechii, nasului și gâtului

| | |
|---|---|
| 463 | Amigdalită acută |
| 462 | Faringită acută |
| 464.0 | Laringită acută |
| 386.00* | Maladie Menière |
| 382.9* | Otită medie |
| 389.9* | Pierderea auzului |
| 460 | Răceală comună |
| 477.9* | Rinită alergică |
| 461.9* | Sinuzită acută |
| 473.9* | Sinuzită cronică |
| 388.30* | Tinitus, nespecificat |

## Maladiile sistemului musculoscheletal și țesutului conjunctiv

| | |
|---|---|
| 716.20* | Artrită alergică |
| 711.90* | Artrită infecțioasă |
| 714.0 | Artrită reumatoidă |
| 710.3 | Dermatomiozită |
| 733.10* | Fractură patologică |
| 710.0 | Lupus eritematos sistemic |
| 710.2 | Maladie Sjögren |
| 733.40* | Necroză aseptică a osului |
| 715.90* | Osteoartroză (osteoartrită) |
| 730.20* | Osteomielită |
| 733.00* | Osteoporoză |
| 710.2 | Sclerodermie (scleroză sistemică) |
| 720.0 | Spondilită anchilozantă |
| 722.91 | Discopatie intervertebrală cervicală |
| 722.93 | Discopatie intervertebrală lombară |
| 722.92 | Discopatie intervertebrală toracică |

## Maladiile pielii

| | |
|---|---|
| 704.00* | Alopecia |
| 682.9* | Celulită, sediu nespecificat |
| 701.4 | Cicatrice cheloidă |
| 629.9* | Dermatită de contact |
| 693.0* | Dermatită datorată unei substanțe (luate intern) |
| 695.1 | Eritem multiform |

696.1* Psoriazis
707.0 Ulcer de decubit
702.0 Unghie încarnată
708.0 Urticarie alergică

## Malformațiile congenitale, deformațiile și anomaliile cromozomiale

760.71 Efecte toxice ale alcoolului
760.70 Efecte toxice ale altor substanțe (inclusiv medicamentele)
760.75 Efecte toxice ale cocainei
760.73 Efecte toxice ale halucinogenelor
760.72 Efecte toxice ale narcoticelor
749.10* Fisură labială (buza de iepure)
749.00* Fisura palatului
751.3 Maladie Hirschprung (disfuncție congenitală a colonului)
742.3 Hidrocefalie congenitală
742.1 Microcefalie
759.5 Scleroză tuberoasă
752.7 Sex indeterminat și pseudohermafroditism
758.3 Sindrom „cri-du-chat" (antimongolism)
758.0 Sindrom Down
760.71 Sindrom fetal alcoolic
758.7 Sindrom Klinefelter
759.82 Sindrom Marfan
758.6 Sindrom Turner
741.90* Spina bifida
750.5 Stenoză pilorică hipertrofică congenitală
752.5 Testicol ectopic

## Maladiile graviditătii, nașterii și puerperiumului

Diagnosticele asociate cu graviditatea pot fi reperate în indexul alfabetic al ICD-9-CM (volumul 2) la „graviditate complicată (de)" sau la „graviditate, evoluție afectată de". Mai jos sunt menționate unele din cele mai frecvente condiții.

642.00* Eclampsie
642.0* Preeclampsie severă
642.0* Preeclampsie ușoară
643.0* Vărsături de sarcină (hyperemesis gravidarum), perturbare metabolică
643.0* Vărsături de sarcină (hyperemesis gravidarum) ușoare

## Maladiile infecțioase

Codurile care urmează reprezintă codurile diagnostice ICD-9-CM pentru infecțiile cu organisme specifice. Tradițional, codurile pentru organismele de la categoria 041 sunt utilizate drept coduri secundare (de ex., infecția căilor urinare

datorată germenului *Escherichia coli* trebuie să fie codificat ca 599.0 [diagnostic primar] și ca 041.4 [diagnostic secundar]).

| | |
|---|---|
| 006.9* | Amibiază |
| 112.4 | Candidoză, alte localizări urogenitale |
| 102.0 | Candidoză bucală |
| 112.3 | Candidoză cutanată și ungheală |
| 112.5 | Candidoză diseminată |
| 112.4 | Candidoză pulmonară |
| 112.9 | Candidoză, sediu nespecificat |
| 112.1 | Candidoză vulvară și vaginală |
| 099.41 | *Chlamydia trachomatis* |
| 041.83 | *Clostridium perfringens* |
| 114.9* | Coccidioidomicoză |
| 078.1 | *Condyloma acuminatum* (vegetații virale) |
| 117.5 | Cryptococcoză |
| 041.4 | *Escherichia coli (E. coli)* |
| 088.81 | Febră recurentă de căpușe |
| 002.0 | Febră tifoidă |
| 007.1 | Giardiază |
| 098.2* | Gonoree |
| 487.0 | Gripă cu pneumonie |
| 487.1 | Gripă nespecificată |
| 041.5 | *Hemophilus influenzae (H. influenzae)* |
| 071.1* | Hepatită virală A |
| 073.3* | Hepatită virală B |
| 070.51 | Hepatită virală C |
| 054.9* | Herpes simplex |
| 053.9* | Herpes zoster |
| 115.9* | Histoplasmoză |
| 001.9* | Holeră |
| 0.42 | Infecție HIV (simptomatică) |
| 036.9* | Infecție meningococică |
| 079.99* | Infecție virală nespecificată |
| 041.3 | *Klebsiella pneumoniae* |
| 084.6* | Malarie |
| 075 | Mononucleoză |
| 041.81 | *Mycoplasma* |
| 072.9* | Parotidită epidemică |
| 041.2 | *Pneumococ* |
| 041.6 | *Proteus* |
| 041.7 | *Pseudomonas* |
| 071 | Rabie |
| 082.9* | Rikettsioză vehiculată de căpușe |
| 056.9* | Rubeolă |
| 003.9* | Salmonella |

| | |
|---|---|
| 135 | Sarcoidoza |
| 004.9* | Shigelloză |
| 097.9* | Sifilis |
| 041.10* | *Stafilococ* |
| 041.00* | *Streptococ* |
| 081.9* | Tifos |
| 124 | Trichinoză |
| 131.9 | Trihomoniază |
| 130.9* | Toxoplasmoză |
| 079.2 | Virusul coxackie |

### Supradozarea

Codurile diagnostice suplimentare pentru supradozare/intoxicare pot fi reperate în indexul alfabetic al ICD-9-CM (volumul 2) în tabelul medicamentelor și chimicalelor, listate alfabetic după substanță în coloana „intoxicație".

| | |
|---|---|
| 965.4 | Acetaminofen |
| 970.1 | Antagoniști ai opiaceelor |
| 971.1 | Anticolinergice |
| 969.0 | Antidepresive |
| 967.0 | Barbiturice |
| 967.1 | Cloralhidrat |
| 968.5 | Cocaină |
| 967.5 | Glutetimidă |
| 969.6 | Halucinogene/cannabis |
| 962.3 | Insulină și agenți antidiabetici |
| 967.4 | Methaqualonă |
| 972.4 | Nitrit de amil/butil |
| 965.00 | Opiacee |
| 968.2 | Oxid de azot |
| 967.2 | Paraldehidă |
| 968.3 | Phencyclidină |
| 965.1 | Salicilați |
| 962.1 | Steroizi androgeni și anabolici |
| 962.0 | Steroizi corticosuprarenali |
| 970.9 | Stimulante |
| 962.7 | Tiroidă și derivați de tiroidă |
| 969.4 | Tranchilizantele pe bază de benzodiazepine |
| 969.2 | Tranchilizante pe bază de butirofenone |
| 969.1 | Tranchilizante pe bază de fenotiazine |

## Codurile adiționale pentru Tulburările induse de Medicamente

Cele care urmează sunt codurile ICD-9-CM pentru medicamentele selectate care pot cauza tulburări induse de o substanță. Ele sunt disponibile pentru uz opțional de către clinicieni în situațiile în care aceste medicamente, prescrise în doze

terapeutice, au dus la una dintre următoarele tulburări: delirium indus de o substanță, demență persistentă indusă de o substanță, tulburare amnestică indusă de o substanță, tulburare psihotică indusă de o substanță, tulburare afectivă indusă de o substanță, tulburare anxioasă indusă de o substanță, disfuncție sexuală indusă de o substanță, tulburare de somn indusă de o substanță și tulburări de mișcare induse de o substanță. Când sunt utilizate în evaluarea multiaxială, codurile E trebuie să fie înregistrate pe axa I, imediat după tulburarea respectivă. Trebuie reținut că aceste coduri E nu se aplică intoxicațiilor (otrăvirilor) sau unui medicament luat în doză excesivă.

Exemplu:
292.3 Tulburare afectivă indusă de o substanță, cu simptome depresive
E932.2 Anticoncepționale orale

## Analgetice și antipiretice

E935.4 Acetaminofen/fenacetină
E935.6 Agenți antiinflamatori nonsteroidici
E935.2 Alte narcotice (de ex., codeina, meperidina)
E935.1 Metadonă
E935.3 Salicilați (de ex., aspirina)

## Anticonvulsivante

E936.3 Acid valproic
E936.3 Carbamazepin
E936.2 Ethosuximidă
E936.1 Fenitoină
E937.0 Fenobarbital

## Medicamente antiparkinsoniene

E936.4 Amantadină
E941.1 Benztropină
E933.0 Diphenhydramină
E936.4 L-Dopa

## Medicamente neuroleptice

E939.3 Alte neuroleptice (de ex., thiothixene)
E939.2 Neuroleptice pe bază de butirofenonă (de ex., haloperidolul)
E939.1 Neuroleptice pe bază de fenotiazină (de ex., clorpromazinul)

## Sedative, hipnotice sau anxiolitice

E937.0 Barbiturice
E937.1 Cloralhidrat
E939.5 Hidroxizin
E939.4 Medicamente pe bază de benzodiazepină
E937.2 Paraldehidă

## Alte medicamente psihotrope

E940.1 Antagoniști ai opiaceelor
E939.0 Antidepresive
E939.6 Cannabis
E937.7 Stimulante (exclusiv deprimantele centrale ale apetitului)

## Medicamente cardiovasculare

E942.3 Agenți de blocaj ganglionar (pentamethonium)
E942.5 Alte vasodilatatoare
E942.6 Alți agenți antihipertensivi (de ex., clonidina, guanetidina, reserpina)
E942.1 Glicozide cardiace (de ex., digitala)
E942.0 Medicamente antiaritmice (inclusiv propranololul)
E942.2 Medicamente antilipemice și care scad colesterolul
E942.4 Vasodilatatoare coronariene (de ex., nitrații)

## Agenți esențialmente sistemici

E933.0 Agenți antialergici și antiemetici (exclusiv fenotiazinele, hidroxizinul)
E934.2 Anticoagulante
E941.1 Anticolinergice (de ex., atropina) și spasmolitice
E941.0 Colinergice (parasimptomimetice)
E933.1 Medicamente antineoplazice și imunosupresoare
E941.2 Simpatomimetice (adrenergice)
E933.5 Vitamine (exclusiv vitamina K)

## Medicamente cu acțiune asupra mușchilor și sistemului respirator

E945.0 Agenți oxitocici (alcaloizi ergotaminici, prostaglandine)
E945.8 Alte medicamente respiratorii
E945.7 Antiastmatice (aminofilină)
E945.4 Antitusive (de ex., dextromethorphan)
E945.1 Relaxante ale mușchilor netezi (metaproterenol)
E945.2 Relaxante ale mușchilor scheletici

## Hormoni și substituenți sintetici

E932.8 Agenți antitiroidieni
E932.2 Hormoni ovarieni (include și anticoncepționalele orale)
E932.7 Înlocuitori de tiroidă
E932.1 Steroizi anabolici și androgeni
E932.0 Steroizi corticosuprarenali

## Medicamente diuretice și medicamente care influențează metabolismul mineral și pe cel al acidului uric

E944.4 Alte diuretice (furosemidul, acidul ethacrynic)
E944.3 Clorotiazide

E944.0 Diuretice mercuriale
E944.1 Diuretice derivate din purină
E944.2 Inhibitori ai anhidrazei acidului carbonic
E944.7 Medicamente care influențează metabolismul acidului uric (probenecidul)

**Anexa H**

# Clasificarea DSM-IV (cu codurile ICD-10)

Și după publicarea revizuirii acestui text (în ultima parte a primăverii anului 2000), sistemul de codificare oficial în uz în Statele Unite rămâne Clasificarea Internațională a Maladiilor, cea de Noua Revizuire, Modificarea Clinică (ICD-9-CM). Peste tot în lume, sistemul oficial de codificare este *Clasificare Internațională a Maladiilor și a Problemelor Referitoare la Sănătate*, cea de Zecea Revizuire (ICD-10). Elaborarea DSM-IV a fost coordonată strâns cu elaborarea capitolului V „Tulburările Mentale și de Comportament" al ICD-10 (elaborat de Organizația Mondială a Sănătății mai înainte în vederea implementării sale în Statele Unite). Consultările dintre Asociația Americană de Psihiatrie și Organizația Mondială a Sănătății au avut ca rezultat codurile și termenii DSM-IV, care sunt în totalitate compatibili cu codurile și termenii din indexul tabular al ICD-10. Spre a facilita utilizarea internațională a DSM-IV, mai jos este prezentată Clasificarea DSM-IV cu codurile ICD-10.

FAS= Fără altă specificație

Un *x* apărând într-un cod diagnostic indică faptul că se cere un număr de cod.

O elipsă (....) este utilizată în numele anumitor tulburări pentru a indica faptul că trebuie inserat numele unei tulburări mentale specifice sau condiții medicale generale când se înregistrează numele (de ex., F05.0 Delirium datorat hipotiroidismului.

Numerele dintre paranteze sunt numerele paginilor.

Dacă actualmente sunt satisfăcute criteriile, după diagnostic poate fi notat unul specific. dintre următorii specificanți de severitate:

ușoară
moderată
severă

Dacă criteriile nu mai sunt satisfăcute, poate fi notat unul dintre următorii specificanți:

în remisiune parțială
în remisiune completă
istoric anterior

## Tulburările Mentale diagnosticate de regulă în Perioada de sugar, în Copilărie sau în Adolescență (39)

### RETARDAREA MENTALĂ (41)

*Notă: Acestea sunt codificate pe axa II.*

F70.9 Retardare mentală ușoară (43)
F71.9 Retardare mentală moderată (43)
F72.9 Retardare mentală severă (43)
F73.9 Retardare mentală profundă (44)
F79.9 Retardare mentală de severitate nespecificată (44)

### TULBURĂRILE DE ÎNVĂȚARE (49)

F81.0 Dislexie (Tulburarea citirului) (51)
F81.2 Discalculie (Tulburarea de calcul) (53)
F81.8 Disgrafie (Tulburarea expresiei grafice) (54)
F81.9 Tulburare de învățare FAS (56)

### TULBURAREA APTITUDINILOR MOTORII (56)

F82 Tulburare de dezvoltare a coordonării (56)

### TULBURĂRILE DE COMUNICARE (58)

F81.1 Tulburare de limbaj expresiv (58)
F80.2 Tulburare mixtă de limbaj receptiv și expresiv (62)
F80. Tulburare fonologică (65)
F98.5 Balbism (67)
F80.9 Tulburare de comunicare FAS (69)

### TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE PERVASIVĂ (69)

F84.0 Tulburare autistă (70)
F84.2 Tulburare Rett (76)
F84.3 Tulburare dezintegrativă a copilăriei (77)
F84.5 Tulburare Asperger (80)
F84.9 Tulburare de dezvoltare pervasivă FAS (84)

### TULBURĂRILE DE DEFICIT DE ATENȚIE ȘI DE COMPORTAMENT DISRUPTIV (85)

—.— Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție (85)
F90.0 tip combinat
F98.8 tip predominant inatent
F90.0 tip predominant impulsiv-hiperactiv
F90.9 Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție FAS (93)
F91.8 Tulburare de conduită (93)
*De specificat tipul:* tip cu debut în copilărie/tip cu debut în adolescență
F91.3 Tulburarea opoziționismul provocator (100)
F91.9 Tulburare de comportament disruptiv FAS (103)

### TULBURĂRILE DE ALIMENTARE ȘI DE COMPORTAMENT ALIMENTAR ALE PERIOADEI DE SUGAR ȘI MICII COPILĂRII (103)

F98.3 Pica (103)
F98.2 Rumințație (105)
F98.2 Tulburare de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării (107)

### TICURILE (108)

F95.2 Tulburare Tourette (111)
F95.1 Tic motor sau vocal cronic (114)
F95.0 Tic tranzitor (115)
*De specificat dacă:* episod unic/recurent
F95.9 Tic FAS (116)

### TULBURĂRILE DE ELIMINARE (116)

—.— Encoprezis (116)
R15 cu constipație și incontinență prin preaplin (*de asemenea, se codifică* K59.0 constipație, pe axa III)
F98.1 fără constipație și incontinență prin preaplin
F98.0 Enurezis (Nedatorat unei condiții medicale generale) (118)
*De specificat tipul:* numai nocturn/numai diurn/nocturn și diurn

### ALTE TULBURĂRI ALE PERIOADEI DE SUGAR, COPILĂRIEI SAU ADOLESCENȚEI (121)

F93.0 Anxietate de separare (121)
*De specificat dacă*: cu debut precoce
F94.0 Mutism selectiv (125)
F94.x Tulburare reactivă de atașament a perioadei de sugar sau a micii copilării (127)
.1 tip înhibat
.2 tip dezinhibat
F98.4 Tulburare de mișcare stereotipă (131)
*De specificat dacă*: cu comportament autovulnerant
F98.9 Tulburare a perioadei de sugar, a copilăriei sau adolescenței FAS (134)

## Deliriumul, Demența, Tulburările amnestice și Alte Tulburări Cognitive (135)

### DELIRIUMUL (136)

F05.0 Delirium datorat...*[Se indică condiția medicală generală](a se codifica F05.1 dacă este suprapus peste demență)* (141)
—.— Delirium prin intoxicație cu o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile fiecărei substanțe specifice)* (143)
—.— Delirium prin abstinență de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (143)
—.— Delirium datorat unor etiologii multiple *(a se codifica fiecare dintre etiologiile specifice)* (146)
F05.9 Delirium FAS (147)

### DEMENȚA (147)

F00.xx Demență de tip Alzheimer, cu debut precoce *(de asemenea, se codifica G30.0 Maladie Alzheimer cu debut precoce pe axa III)* (154)
.00 necomplicată
.01 cu idei delirante
.03 cu dispoziție depresivă
*De specificat dacă:* cu tulburare de comportament
F00.xx Demență de tip Alzheimer, cu debut tardiv *(de asemenea, se codifică G30.1 Maladie Alzheimer, cu debut tardiv pe axa III) (154)*
.10 necomplicată
.11 cu idei delirante
.12 cu dispoziție depresivă
*De specificat dacă: cu tulburare de comportament*
F01.xx Demență vasculară (158)
.80 necomplicată
.81 cu idei delirante
.82 cu dispoziție depresivă
*De specificat dacă*: cu tulburare de comportament
F02.4 Demență datorată maladiei HIV *(de asemenea, se codifică B22.0 Maladie HIV ducând la encefalopatie, pe axa III)* (163)
F02.8 Demență datorată traumatismului cranian *(de asemenea, se codifică S06.9 leziune intracraniană, pe axa III)* (164)
F02.3 Demență datorată maladiei Parkinson *(de asemenea, se codifică G20 Maladia Parkinson, pe axa III)* (164)
F02.2 Demență datorată maladiei Huntington *(de asemenea, se codifică G10 Maladie Huntington, pe axa III)* (165)
F02.0 Demență datorată maladiei Pick *(de asemenea, se codifică G31.0 Maladie Pick, pe axa III)* (165)
F02.1 Demență datorată maladiei Creutzfeldt-Jakob *(de asemenea, se codifică A81.0 Maladie Creutzfeldt-Jakob, pe axa III)* (166)

F02.8 Demență datorată... *[Se indică condiția medicală generală nemenționată mai sus] (de asemenea, se codifică condiția medicală generală pe axa III)* (167)

—.— Demență persistentă indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță, pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (168)

F02.8 Demență datorată unor etiologii multiple *(se codifică în schimb F00.2 pentru demența mixtă, Alzheimer și vasculară)* (170)

F03 Demență FAS (171)

TULBURĂRILE AMNESTICE ()

F04 Tulburarea amnestică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (175)
*De specificat dacă*: tranzitorie/cronică

—.— Tulburare amnestică persistentă indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (177)

R41.3 Tulburare amnestică FAS (179)

ALTE TULBURĂRI COGNITIVE ()

F06.9 Tulburare cognitivă FAS (179)

## Tulburările Mentale datorate unei Condiții Medicale Neclasificate în Altă Parte (181)

F06.1 Tulburare catatonică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (185)

F07.1 Modificarea de personalitate datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (187)
De specificat tipul: tip labil/tip dezinhibat/tip agresiv/tip apatic/tip paranoid/alt tip/tip combinat/tip nespecificat

F09 Tulburare mentală FAS datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (190)

## Tulburările induse de o Substanță (191)

[a] *Următorii specificanți pot fi aplicați dependenței de o substanță*:

*De specificat dacă:* cu dependență fiziologică/ fără dependență fiziologică

*Evoluția dependenței se codifică la cea de a cincea cifră:*

0 = remisiune completă precoce/remisiune parțială precoce
0 = remisiune completă prelungită/remisiune parțială prelungită
1 = într-un mediu controlat
2 = sub terapie agonistă
4 = ușoară/moderată/severă

*Următorii specificanți se aplică tulburărilor induse de o substanță ca notați:*

I cu debut în cursul intoxicației/
A cu debut în cursul abstinenței

TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU ALCOOLUL (212)

Tulburările uzului de alcool (213)

F10.2x Dependență de alcool [a] (213)

F10.1 Abuz de alcool (214)

Tulburările induse de alcool (214)

F10.00 Intoxicație alcoolică (214)

F10.3 Abstinență alcoolică (215)
*De specificat dacă*: cu perturbări de percepție

F10.03 Delirium prin intoxicație alcoolică (143)

F10.4 Delirium prin abstinență de alcool (143)

F10.73 Demență persistentă indusă de alcool (168)

F10.6 Tulburare amnestică persistentă indusă de alcool (177)

F10.xx Tulburare psihotică indusă de alcool (338)
.51 cu idei delirante[I, A]
.52 cu halucinații[I, A]

F10.8 Tulburare afectivă indusă de

alcool I, A (405)
F10.8 Tulburare anxioasă indusă de alcool I, A (479)
F10.8 Disfuncție sexuală indusă de alcool I (562)
F10.8 Tulburare de somn indusă de alcool I, A (655)
F10.9 Tulburare în legătură cu alcoolul FAS (223)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU AMFETAMINA (SAU CU SUBSTANȚE SIMILARE AMFETAMINEI) (223)

### Tulburările uzului de amfetamină (224)
F15.2x Dependență de amfetamină a (224)
F15.1 Abuz de amfetamină (225)

### Tulburările induse de amfetamină (226)
F15.00 Intoxicație cu amfetamină (226)
F15.04 Intoxicație cu amfetamină, cu perturbări de percepție (226)
F15.3 Abstinență de amfetamină (227)
F15.03 Delirium prin intoxicație cu amfetamină (143)
F15.xx Tulburare psihotică indusă de amfetamină (338)
.51 cu idei delirante I
.52 cu halucinații I
F15.8 Tulburare afectivă indusă de amfetamină I, A (405)
F15.8 Tulburare anxioasă indusă de amfetamină I (479)
F15.8 Disfuncție sexuală indusă de amfetamină I (562)
F15.8 Tulburare de somn indusă de amfetamină I, A (655)
F15.9 Tulburare în legătură cu amfetamina FAS (231)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU CAFEINA (231)

### Tulburările induse de cafeină (231)
F15.00 Intoxicație cu cafeină (232)
F15.8 Tulburare anxioasă indusă de cafeină I (479)
F15.8 Tulburare de somn indusă de cafeină I (655)
F15.9 Tulburare în legătură cu cafeina FAS (234)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU CANNABISUL (236)

### Tulburările uzului de cannabis (236)
F12.2x Dependență de cannabis a (236)
F12.1 Abuz de cannabis (236)

### Tulburările induse de cannabis (237)
F12.00 Intoxicație cu cannabis (237)
F12.04 Intoxicație cu cannabis, cu perturbări de percepție (237)
F12.03 Delirium prin intoxicație cu cannabis (143)
F12.xx Tulburare psihotică indusă de cannabis (338)
.51 cu idei delirante I
.52 cu halucinații I
F12.8 Tulburare anxioasă indusă de cannabis I (479)
F12.9 Tulburare în legătură cu cannabisul FAS (241)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU COCAINA (241)

### Tulburările uzului de cocaină (242)
F14.2x Dependență de cocaină a (242)
F14.1 Abuz de cocaină (243)

### Tulburările induse de cocaină (244)
F14.00 Intoxicație cu cocaină (244)
F14.04 Intoxicație cu cocaină, cu perturbări de percepție (244)
F14.3 Abstinență de cocaină (245)
F14.03 Delirium prin intoxicație cu cocaină (143)
F14.xx Tulburare psihotică indusă de cocaină (338)
.51 cu idei delirante I
.52 cu halucinații I
F14.8 Tulburare afectivă indusă de cocaină I, A (405)
F14.8 Tulburare anxioasă indusă de cocaină I, A (479)
F14.8 Disfuncție sexuală indusă de cocaină I (562)

F14.8 Tulburare de somn indusă de cocaină I, A (655)
F14.9 Tulburare în legătură cu cocaina FAS (250)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU HALUCINOGENELE (250)

### Tulburările uzului de halucinogene (251)
F16.2x Dependență de halucinogene a (251)
F16.1 Abuz de halucinogene (252)

### Tulburările induse de halucinogene (252)
F16.00 Intoxicație cu halucinogene (252)
F16.70 Tulburare de percepție persistentă halucinogenă (flashbacks) (253)
F16.03 Delirium prin intoxicație cu halucinogene (143)
F16.00 Tulburare psihotică indusă de halucinogene (338)
.51 cu idei delirante I
.52 cu halucinații I
F16.8 Tulburare afectivă indusă de halucinogene I (405)
F16.8 Tulburare anxioasă indusă de halucinogene I (479)
F16.9 Tulburare în legătură cu halucinogenele FAS (256)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU INHALANTELE (257)

### Tulburările uzului de inhalante (258)
F18.2x Dependență de inhalante a (258)
F18.1 Abuz de inhalante (259)

### Tulburările induse de inhalante (259)
F18.00 Intoxicație cu inhalante (259)
F18.03 Delirium prin intoxicație cu inhalante (143)
F18.73 Demență persistentă indusă de inhalante (168)
F18.xx Tulburare psihotică indusă de inhalante (338)
.51 cu idei delirante I
.52 cu halucinații I
F18.8 Tulburare afectivă indusă de inhalante I (405)
F18.8 Tulburare anxioasă indusă de inhalante I (479)
F18.9 Tulburare în legătură cu inhalantele FAS (263)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU NICOTINA (264)

### Tulburările uzului de nicotină (264)
F17.2x Dependență de nicotină a (264)

### Tulburarea indusă de nicotină (265)
F17.3 Abstinență de nicotină (265)
F17.9 Tulburare în legătură cu nicotina FAS (269)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU OPIACEELE (269)

### Tulburările uzului de opiacee (270)
F11.2x Dependență de opiacee a (270)
F11.1 Abuz de opiacee (271)

### Tulburările induse de opiacee (271)
F11.00 Intoxicație cu opiacee (271)
F11.04 Intoxicație cu opiacee cu perturbări de percepție (272)
F11.3 Abstinență de opiacee (272)
F11.03 Delirium prin intoxicație cu opiacee (143)
F11.xx Tulburare psihotică indusă de opiacee (338)
.51 cu idei delirante I
.52 cu halucinații I
F11.8 Tulburare afectivă indusă de opiacee I (405)
F11.8 Disfuncție sexuală indusă de opiacee I (562)
F11.8 Tulburare de somn indusă de opiacee I, A (655)
F11.9 Tulburare în legătură cu opiaceele FAS (277)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU PHENCYCLIDINA (SAU O SUBSTANȚĂ SIMILARĂ PHENCYCLIDINEI) (278)

### Tulburările uzului de phencyclidină (279)
F19.2x Dependență de phencyclidină a (279)
F19.1 Abuz de phencyclidină (279)

Tulburările induse de phencyclidină (280)
F19.00 Intoxicație cu phencyclidină (280)
F19.04 Intoxicație cu phencyclidină cu perturbări de percepție (280)
F19.03 Delirium prin intoxicație cu phencyclidină (143)
F19.xx Tulburare psihotică indusă de phencyclidină (338)
.51 cu idei delirante I
.52 cu halucinații I
F19.8 Tulburare afectivă indusă de phencyclidină I (405)
F19.8 Tulburare anxioasă indusă de phencyclidină I (479)
F19.9 Tulburare în legătură cu phencyclidina FAS (283)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU SEDATIVELE, HIPNOTICELE SAU ANXIOLITICELE (284)

Tulburările uzului de sedative, hipnotice sau anxiolitice (285)
F13.2x Dependență de sedative, hipnotice sau anxiolitice a (285)
F13.1 Abuz de sedative, hipnotice sau anxiolitice (286)

Tulburările induse de sedative, hipnotice sau anxiolitice (285)
F13.00 Intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice (286)
F13.3 Abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice (287)
*De specificat dacă*: cu perturbări de percepție
F13.03 Delirium prin intoxicație cu sedative, hipnotice sau anxiolitice (143)
F13.4 Delirium prin abstinență de sedative, hipnotice sau anxiolitice (143)
F13.73 Demență persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice (168)
F13.6 Tulburare amnestică persistentă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice (177)
F13.xx Tulburare psihotică indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice (338)
.51 cu idei delirante I, A
.52 cu halucinații I, A
F13.8 Tulburare afectivă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice I,A (405)
F13.8 Tulburare anxioasă indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice A (479)
F13.8 Disfuncție sexuală indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice I (562)
F13.8 Tulburare de somn indusă de sedative, hipnotice sau anxiolitice I, A (655)
F13.9 Tulburare în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxiolitice FAS (293)

## TULBURAREA ÎN LEGĂTURĂ CU POLISUBSTANȚA (293)

F19.2x Dependență de polisubstanță a (293)

## TULBURĂRILE ÎN LEGĂTURĂ CU ALTĂ SUBSTANȚĂ (SAU CU O SUBSTANȚĂ NECUNOSCUTĂ) (294)

Tulburările uzului de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (294)
F19.2x Dependență de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) a (192)
F19.1 Abuzul de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (198)

Tulburările induse de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (295)
F19.00 Intoxicație cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută) (199)
F19.04 Intoxicație cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută), cu perturbări de percepție (199)
F19.3 Abstinența de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (201)
*De specificat dacă*: cu perturbări de percepție

F19.03 Delirium indus de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) *(se codifică F19.4, dacă debutul survine în cursul abstinenței)* (143)

F19.73 Demență persistentă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (168)

F19.6 Tulburare amnestică persistentă indusă altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (177)

F19.xx Tulburare psihotică indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) (338)
- .51 cu idei delirante I, A
- .52 cu halucinații I, A

F19.8 Tulburare afectivă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) I, A (405)

F19.8 Tulburare anxioasă indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) I, A (479)

F19.8 Disfuncție sexuală indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) I (562)

F19.8 Tulburare de somn indusă de altă substanță (sau de o substanță necunoscută) I, A (655)

F19.9 Tulburare în legătură cu altă substanță (sau de o substanță necunoscută) FAS (295)

## Schizofrenia și Alte Tulburări Psihotice ( 297)

F20.xx Schizofrenia (298)
- .0x tip paranoid (313)
- .1x tip dezorganizat (314)
- .2x tip catatonic (315)
- .3x tip nediferențiat (316)
- .5x tip rezidual (316)

*Evoluția schizofreniei se codifică cu cea de a cincea cifră ca:*
- 2 = Episodică, cu simptome reziduale interepisodice (*de specificat dacă*: cu simptome negative notabile)
- 3 = Episodică, fără simptome reziduale interepisodice
- 0 = Continuă (*de specificat dacă*: cu simptome negative notabile)
- 4 = Episod unic, în remisiune parțială (*de specificat dacă*: cu simptome negative notabile)
- 5 = Episod unic, în remisiune completă
- 8 = Alt pattern sau pattern nespecificat
- 9 = Mai puțin de 1 an de la debutul simptomelor fazei active inițiale

F20.8 Tulburare schizofreniformă (317)
*De specificat dacă:* fără elemente de prognostic bun/cu elemente de prognostic bun

F25.x Tulburare schizoafectivă (319)
- .0 tip bipolar
- .1 tip depresiv

F22.0 Tulburare delirantă (323)
*De specificat tipul*: tip erotomanic/tip de grandoare/tip de gelozie/tip de persecuție/tip somatic/tip mixt/tip nespecificat

F23.xx Tulburare psihotică scurtă (329)
- .81 cu stresor (i) marcant (i)
- .80 fără stresor (i) marcant (i)

*De specificat dacă:* cu debut post partum

F24 Tulburare psihotică indusă [împărtășită] (332)

F06. x Tulburare psihotică datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (334)
- .2 cu idei delirante
- .0 cu halucinații

—.— Tulburare psihotică indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (338)
*De specificat dacă:* cu debut în cursul intoxicației/cu debut în cursul abstinenței

F29 Tulburare psihotică FAS (343)

## Tulburările Afective (345)

*Următorii specificanți se aplică tulburărilor afective (episodul curent sau episodul cel mai recent):*

[a] specificanții de severitate/psihotic/remisiune
[b] cronic/
[c] cu elemente catatonice/
[d] cu elemente melancolice/
[e] cu elemente atipice/
[f] cu debut postpartum

*Următorii specificanți se aplică tulburărilor afective:*

[g] cu sau fără recuperare interepisodică completă/ [h] cu pattern sezonier/ [i] cu ciclare rapidă

### TULBURĂRILE DEPRESIVE (369)

F32.x Tulburare depresivă majoră, episod unic a, b, c, d, e, f (369)

F33.x Tulburare depresivă majoră, recurentă a, b, c, d, e, f, g, h (369)

*Starea actuală a episodului depresiv major se codifică cu cea de a patra cifră ca:*

0 = ușor
1 = moderat
2 = sever, fără elemente psihotice
3 = sever, cu elemente psihotice
*De specificat:* cu simptome psihotice congruente cu dispoziția/cu simptome psihotice incongruente cu dispoziția
4 = în remisiune parțială
4 = în remisiune completă
9 = nespecificat

F34.1 Tulburare distimică (376)
*De specificat dacă*: cu debut precoce/cu debut tardiv
*De specificat*: cu elemente atipice

F32.9 Tulburare depresivă FAS (381)

### TULBURĂRILE BIPOLARE (382)

F30.x Tulburare bipolară I, episod maniacal unic a, c, f (382)
*De specificat dacă*: mixt

*Starea actuală a episodului maniacal se codifică cu cea de a patra cifră ca :*

1 = ușor, moderat sau sever, fără simptome psihotice
2 = sever, cu simptome psihotice
8 = în remisiune parțială sau completă

F31.0 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod hipomaniacal g, h, i (382)

F31.x Tulburare bipolară I, cel mai recent episod maniacal a, c, f, g, h, i (382)

*Starea actuală a episodului maniacal se codifică cu cea de a patra cifră ca:*

1 = ușor, moderat sau sever, fără simptome psihotice
2 = sever, cu simptome psihotice
7 = în remisiune parțială sau completă

F31.6 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod mixt a, c, f, g, h , i (382)

F31.x Tulburare bipolară I, cel mai recent episod depresiv a, b, c, d, e, f, g, h, i (382)

*Starea actuală a episodului depresiv major se codifică cu cea de a patra cifră ca:*

3 = ușor sau moderat
4 = sever, fără simptome psihotice
5 = sever, cu simptome psihotice
7 = în remisiune parțială sau completă

F31.9 Tulburare bipolară I, cel mai recent episod nespecificat g, h, i (382)

F31.8 Tulburare bipolară II a, b, c, d, e, f, g, h, i (392)
*De specificat (episodul actual sau cel mai recent)*: hipomaniacal/depresiv

F34.0 Tulburare ciclotimică (398)

F31.9 Tulburare bipolară FAS (400)

F06.xx Tulburare afectivă datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (401)
.32 cu simptome depresive
.32 cu episod similar episodului depresiv major
.30 cu simptome maniacale
.33 cu simptome mixte

—.— Tulburare afectivă indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (405)

*De specificat tipul*: cu simptome depresive/cu simptome maniacale/ cu simptome mixte
*De specificat dacă:* cu debut în cursul intoxicației/cu debut în cursul abstinenței

F39 Tulburare afectivă FAS (410)

## Tulburările Anxioase (429)

F41.0 Panică fără agorafobie (433)
F40.01 Panică cu agorafobie (433)
F40.00 Agorafobie fără istoric de panică (441)
F40.2 Fobie specifică (443)
*De specificat tipul*: de animal/de mediu natural/de sânge-injecții-plăgi/de tip situațional/de alt tip
F40.1 Fobie socială (450)
*De specificat dacă*: generalizată
F42.8 Tulburare obsesivo-compulsivă (456)
*De specificat dacă*: cu conștiința maladiei redusă
F43.1 Stres posttraumatic (463)
*De specificat dacă*: acut sau cronic
*De specificat dacă*: cu debut tardiv
F43.0 Stres acut (469)
F41.1 Anxietate generalizată (472)
F06.4 Tulburare anxioasă datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (476)
*De specificat*: cu anxietate generalizată/ cu atacuri de panică/cu simptome obsesivo-compulsive
—.— Tulburare anxioasă indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (479)
*De specificat dacă:* cu anxietate generalizată/cu atacuri de panică/cu simptome obsesivo-compulsive/cu simptome fobice
*De specificat:* cu debut în cursul intoxicației/cu debut în timpul abstinenței
F41.9 Tulburare anxioasă FAS (484)

## Tulburările Somatoforme (485)

F45.0 Tulburare de somatizare (486)
F45.1 Tulburare somatoformă nediferențiată (490)
F44.x Tulburare de conversie (492)
.4 cu simptom sau deficit motor
.5 cu crize epileptice sau convulsii
.6 cu simptom sau deficit senzorial
.7 cu tablou clinic mixt
F45.2 Tulburare algică (498)
*De specificat tipul*: asociată cu factori psihologici/asociată, atât cu factori psihologici, cât și cu o condiție medicală generală
*De specificat dacă*: acută/cronică
F45.2 Hipocondrie (504)
*De specificat dacă*: cu conștiința maladiei redusă
F45.2 Tulburare dismorfică corporală (507)
F45.9 Tulburare somatoformă FAS (511)

## Tulburările Factice (513)

F68.1 Tulburare factice (513)
*De specificat tipul:* cu semne și Simptome predominant psihologice /cu semne și simptome predominant somatice/cu semne și simptome combinate, psihologice și somatice
F68.1 Tulburare factice FAS (517)

## Tulburările Disociative (519)

F44.0 Amnezie disociativă (520)
F44.1 Fugă disociativă (523)
F44.81 Tulburare de identitate disociativă (526)

F48.1 Tulburare de depersonalizare (530)
F44.9 Tulburare disociativă FAS (532)

## Tulburările Sexuale și de Identitate Sexuală (535)

### DISFUNCȚIILE SEXUALE (535)

*Următorii specificanți se aplică tuturor disfuncțiilor sexuale primare:*

tip existent din totdeauna/tip căpătat/tip generalizat/tip situațional/datorată factorilor psihologici/datorată unor factori combinați

#### Tulburările dorinței sexuale (539)

F52.0 Dorință sexuală diminuată (539)
F52.10 Aversiune sexuală (541)

#### Tulburările de excitație sexuală (543)

F52.2 Tulburare de excitație sexuală a femeii (543)
F52.2 Tulburare de erecție a bărbatului (545)

#### Tulburările de orgasm (547)

F52.3 Tulburare de orgasm a femeii (547)
F52.3 Tulburare de orgasm a bărbatului (550)
F52.4 Ejaculare precoce (prematură) (552)

#### Tulburările sexuale dureroase (554)

F52.6 Dispareunie (Nedatorată unei condiții medicale generale) (554)
F52.5 Vaginism (Nedatorat unei condiții medicale generale) (556)

#### Disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generale ( 558)

N94.8 Dorință sexuală redusă a femeii datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
N50.8 Dorință sexuală diminuată a bărbatului datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
N48.4 Tulburare de erecție a bărbatului datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
N94.1 Dispareunie feminină datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
N50.8 Dispareunie masculină datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
N94.8 Altă disfuncție sexuală a femeii datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
N50.8 Altă disfuncție sexuală a bărbatului datorată... *[Se indică condiția medicală generală]* (558)
—.— Disfuncție sexuală indusă de o substanță *(a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe)* (562)
*De specificat dacă*: cu deteriorarea dorinței/cu deteriorarea excitației/cu deteriorarea orgasmului/cu durere la nivelul organelor genitale
*De specificat dacă:* cu debut în timpul intoxicației
F52.9 Disfuncție sexuală FAS (565)

### PARAFILIILE (566)

F65.2 Exhibiționism (569)
F65.0 Fetișism (569)
F65.8 Frotteurism (570)
F65.4 Pedofilie (571)
*De specificat dacă*: atras sexual de băieți/ atras sexual de fete/atras sexual atât de băieți, cât și de fete
*De specificat dacă*: limitat la incest
*De specificat tipul*: tip exclusiv/tip nonexclusiv
F65.5 Masochism sexual (572)
F65.5 Sadism sexual (573)
F65.1 Fetișism transvestic (574)
*De specificat dacă*: cu disforie sexuală
F65.3 Voyeurism (575)
F65.9 Parafilie FAS (576)

### TULBURĂRILE DE IDENTITATE SEXUALĂ (576)

F64.x Tulburare de identitate sexuală (576)
- .2 la copii
- .0 la adolescenți și adulți

*De specificat dacă*: atras sexual de bărbați/ atras sexual de femei/ atras sexual de ambele sexe/ neatras sexual de niciunul

F64.9 Tulburare de identitate sexuală FAS (582)

F52.9 Tulburare sexuală FAS (582)

## Tulburările de Comportament Alimentar ( 583)

F50.0 Anorexie nervoasă (583
*De specificat tipul*: tip restrictiv; tip de mâncat excesiv/purgare

F50.2 Bulimie nervoasă (589
*De specificat tipul*: tip de purgare/tip de nonpurgare

F50.9 Tulburare de comportament alimentar FAS (594

## Tulburările de Somn (597)

### TULBURĂRILE DE SOMN PRIMARE (598)

Dissomniile (598)

F51.0 Insomnie primară (599)

F51.1 Hipersomnie primară (604)
*De specificat dacă*: recurentă

G47.4 Narcolepsie (609)

G47.3 Tulburare de somn în legătură cu respirația (615)

F51.2 Tulburare a ritmului circadian de somn (622)
*De specificat tipul*: tip de fază de somn întârziat/tip de decalaj de fus orar/tip de lucru în ture/tip nespecificat

F51.9 Dissomnie FAS (629)

Parasomniile (630)

F51.5 Coșmar (631)

F51.4 Teroare de somn (634)

F51.3 Somnambulism (639)

F51.8 Parasomnie FAS (644)

### TULBURĂRILE DE SOMN ÎN LEGĂTURĂ CU ALTĂ TULBURARE MENTALĂ (645)

F51.0 Insomnie în legătură cu ... *[Se indică tulburarea de pa axa I sau axa II]* (645)

F51.1 Hipersomnie în legătură cu ... *[Se indică tulburarea de pe axa I sau axa II]* (645)

### ALTE TULBURĂRI DE SOMN (651)

G47.x Tulburare de somn datorată ... *[Se indică condiția medicală generală]* (651)
- .0 de tip insomnie
- .1 de tip hipersomnie
- .8 de tip parasomnie
- .8 de tip mixt

—.— Tulburare de somn indusă de o substanță... *[a se consulta tulburările în legătură cu o substanță pentru codurile specifice fiecărei substanțe]* (655)
*De specificat tipul*: de tip insomnie/ de tip hipersomnie/de tip mixt
*De specificat tipul*: cu debut în cursul intoxicației/ cu debut în cursul abstinenței

## Tulburarea Controlului Impulsului Neclasificată în Altă Parte ( 663)

F63.8 Tulburare explozivă intermitentă (663)

F63.2 Kleptomanie (667)

F63.1 Piromanie (669)

F63.0 (Tulburarea) Joc de șansă patologic (671)

F63.3 Tricotilomanie (674)

F63.9 Tulburare a controlului impulsului FAS (677)

## Tulburările de Adaptare (679)

F43.xx Tulburare de adaptare (679)
- .20 cu dispoziție depresivă
- .28 cu anxietate
- .22 cu dispoziție mixtă, anxioasă și depresivă
- .24 cu perturbare de conduită
- .25 cu perturbare mixtă de emoții și conduită
- .9 nespecificată

*De specificat dacă*: acută/cronică

## Tulburările de Personalitate (685)

***Notă:*** *Acestea sunt codificate pe axa II.*

F60.0 Tulburare de personalitate paranoidă (690)
F60.1 Tulburare de personalitate schizoidă (694)
F21 Tulburare de personalitate schizotipală (697)
F60.2 Tulburare de personalitate antisocială (701)
F60.31 Tulburare de personalitate borderline (706)
F60.4 Tulburare de personalitate histrionică (711)
F60.8 Tulburare de personalitate narcisistică (714)
F60.6 Tulburare de personalitate evitantă (718)
F60.7 Tulburare de personalitate dependentă (721)
F60.5 Tulburare de personalitate obsesivo-compulsivă (725)
F60.0 Tulburare de personalitate FAS (729)

## Alte Condiții care se pot afla în Centrul Atenției Clinice (731)

### FACTORII PSIHOLOGICI CARE AFECTEAZĂ CONDIȚIA MEDICALĂ (731)

F54 *...[Se specifică factorul psihologic]* care afectează... *[Se indică condiția medicală generală] (731)*
*A se alege numele pe baza naturii factorilor:* (731)
- Tulburare mentală care afectează condiția medicală
- Simptome psihologice care afectează condiția medicală
- Trăsături de personalitate sau stiluri de a face față care afectează condiția medicală
- Comportamente dezadaptative pentru sănătate care afectează condiția medicală
- Răspuns fiziologic în legătură cu stresul care afectează condiția medicală
- Alți factori psihologici sau factori psihologici nespecificați care afectează condiția medicală

### TULBURĂRILE DE MIȘCARE INDUSE DE MEDICAMENTE (734)

G21.0 Parkinsonism indus de neuroleptice (735)
G21.0 Sindrom neuroleptic malign (735)
G24.0 Distonie acută indusă de neuroleptice (735)
G21.1 Akatisie acută indusă de neuroleptice (735)
G24.1 Diskinezie tardivă indusă de neuroleptice (736)
G25.1 Tremor postural indus de medicamente (736)
G25.9 Tulburare de mișcare indusă de medicamente FAS (736)

ALTĂ TULBURARE DE INDUSĂ DE MEDICAMENTE (736)

T88.7 Efecte adverse ale medicamentelor (736)

PROBLEME RELAȚIONALE (736)

Z63.7 Problemă relațională în legătură cu o tulburare mentală sau condiție medicală generală (737)
Z63.8 Problemă de relație părinte-copil *(se codifică Z63.1 dacă în centrul atenției se află copilul)* (737)
Z63.0 Problemă de relație cu partenerul (737)
F93.0 Problemă de relație între frați (737)
Z63.9 Problemă de relație FAS (737)

PROBLEME ÎN LEGĂTURĂ CU ABUZUL SAU NEGLIJAREA (738)

T74.1 Abuz fizic de un copil (738)
T74.2 Abuz sexul de un copil (738)
T74.1 Neglijarea copilului (738)
T74.1 Abuz fizic de un adult (738)
T74.1 Abuz sexual de un adult (738)

CONDIȚII ADIȚIONALE CARE SE POT AFLA ÎN CENTRUL ATENȚIEI CLINICE (739)

Z91.1 Noncomplianță la tratament (739)
Z76.5 Simulare (739)
Z72.8 Comportament antisocial al adultului (740)
Z72.8 Comportament antisocial al adolescentului (740)
R41.8 Funcționare intelectuală liminară (740)
R41.8 Declin cognitiv în legătură cu etatea (740)
Z63.4 Doliu (740)
Z55.7 Problemă școlară (741)
Z56.7 Problemă profesională (741)
F93.8 Problemă de indentitate (741)
Z71.8 Problemă religioasă sau spirituală (741)
Z60.3 Problemă de aculturație (741)
Z60.0 Problemă de fază de viață (742)

## Codurile Adiționale (743)

F99 Tulburare mentală nespecificată (nonpsihotică) (743)
Z03.2 Nici un diagnostic sau condiție pe axa I (743)
R69 Diagnostic sau condiție amânată pe axa I (743)
Z03.2 Nici un diagnostic pe axa II (743)
R46.8 Diagnostic amânat pe axa II (743)

Anexa I

# Schița pentru Formularea Culturală și Glosarul Sindromelor Circumscrise Cultural

Această anexă este împărțită în două secțiuni. Prima secțiune prevede o schiță pentru formularea culturală destinată să ajute clinicianul în evaluarea sistematică și în raportarea impactului contextului cultural al individului. A doua este un glosar de sindrome circumscrise cultural.

## Schiță pentru formularea culturală

Următoarea schiță pentru formularea culturală este destinată să completeze evaluarea diagnostică multiaxială și să abordeze dificultățile care pot fi întâlnite în aplicarea criteriilor DSM-IV într-un mediu multicultural. Formularea culturală oferă o trecere în revistă sistematică a fondului cultural al individului, a rolului contextului cultural în exprimarea și evaluarea simptomelor și disfuncției, precum și a efectelor pe care diferențele culturale le pot avea asupra relației dintre individ și clinician.

Așa cum este indicat în introducerea manualului (vezi pag. xxiii), este important ca clinicianul să țină cont de contextul etnic și cultural al individului în evaluarea fiecărei axe a DSM-IV. În plus, formularea culturală sugerată mai jos oferă oportunitatea de a descrie sistematic grupul de referință culturală și socială al individului și modul în care contextul cultural este relevant pentru atenția clinică. Clinicianul poate oferi un sumar narativ pentru fiecare dintre următoarele categorii:

**Identitatea culturală a individului.** Se notează grupurile de referință etnică a individului. Pentru imigranți și minoritățile etnice, se notează separat gradul de implicare, atât în cultura de origine, cât și în cultura receptoare (acolo unde aceasta este aplicabil). Se consemnează, de asemenea, aptitudinile, uzul și preferințele lingvistice (inclusiv multilingvismul).

**Explicațiile culturale ale maladiei individului.** Pot fi identificate următoarele: expresiile predominante de suferință prin care sunt comunicate simptomele sau necesitatea de suport social (de ex., „nervi", spirite posedante, acuze somatice, neșansă inexplicabilă), sensul și severitatea percepută a simptomelor individului în relație cu normele grupului cultural de referință, orice categorie locală de maladie utilizată de familia și comunitatea individului pentru a identifica condiția (vezi

„Glosarul simptomelor circumscrise cultural" de mai jos), cauzele percepute sau modelele explicative pe care individul și grupul de referință le utilizează pentru a explica maladia și preferințele curente, și experiențele trecute cu sursele de tratament profesional și popular.

**Factorii culturali în legătură cu mediul psihosocial și nivelele de funcționare.** Se notează interpretările relevante cultural ale stresorilor sociali, suporturile sociale disponibile și nivelele de funcționare și de incapacitate. Acestea trebuie să includă tensiunile din mediul social local și rolul religiei și al rețelei familiale în asigurarea suportului emoțional, operațional și informațional.

**Elementele culturale ale relației dintre individ și clinician.** Se indică diferențele de cultură și statut social dintre individ și clinician, și problemele pe care aceste diferențe le pot cauza în diagnostic și tratament (de ex., dificultate în comunicare în prima limbă a individului, în relevarea simptomelor sau înțelegerea semnificației lor culturale, în stabilirea unei relații sau nivel de intimitate corespunzător, în precizarea faptului dacă un comportament este normativ sau patologic).

**Evaluarea culturală globală pentru diagnostic și tratament.** Formularea se încheie cu o discuție asupra modului cum considerentele culturale influențează în mod specific diagnosticul și tratamentul corespunzător.

## Glosarul sindromelor circumscrise cultural

Termenul de *sindrom circumscris cultural* denumește patternuri recurente, specifice localității, de comportament aberant și de experiențe perturbante, care pot fi sau nu în legătură cu o anumită categorie diagnostică DSM-IV. Multe dintre aceste patternuri sunt considerate în mod inerent „maladii" sau cel puțin suferințe, iar cele mai multe au anumite denumiri locale. Deși tablouri clinice conforme categoriilor majore ale DSM-IV pot fi reperate în toată lumea, anumite simptome, evoluția și răspunsul social, sunt foarte adesea influențate de factori culturali locali. Din contra, sindromele circumscrise sunt în general limitate la anumite societăți sau arii culturale și sunt categorii diagnostice populare, localizate, care conferă semnificații corespunzătoare anumitor seturi de experiențe și observații repetitive, modelate și perturbante.

Există rar o echivalență de unu la unu a oricărui sindrom circumscris cultural cu o entitate diagnostică DSM-IV. Comportamentul aberant, care poate fi clasificat în mai multe categorii de către un diagnostician care utilizează DSM-IV, poate fi inclus într-o singură categorie populară, iar tablourile clinice, considerate ca aparținând unei singure categorii de către un diagnostician care utilizează DSM-IV, pot fi clasificate în mai multe categorii de către un clinician indigen. Pe lângă aceasta, unele condiții și tulburări au fost conceptualizate ca fiind sindrom circumscris cultural, specifice culturii industriale (de ex., anorexia nervoasă, tulburarea de identitate disociativă), dată fiind absența sau raritatea lor evidentă în alte culturi. De asemenea, trebuie reținut că toate societățile industrializate includ subculturi distincte și grupuri extrem de diverse de imigranți care pot prezenta sindrome circumscrise cultural.

Acest glosar listează unele dintre cele mai bine studiate sindrome circumscrise cultural și moduri de exprimare a detresei, care pot fi întâlnite în practica clinică în America de Nord, și include categoriile DSM-IV relevante, când datele sugerează că acestea trebuie să fie luate în considerație în formularea diagnosticului.

**Amok.** Este un episod disociativ caracterizat printr-o perioadă de ruminație urmată de un acces de comportament violent, agresiv sau omicidar îndreptat contra oamenilor și obiectelor. Episodul tinde a fi precipitat de perceperea unui afront sau insulte și pare a prevala numai printre bărbați. Episodul este acompaniat adesea de idei de persecuție, automatism, amnezie, epuizare și revenire la starea premorbidă, după episod. Unele cazuri de amok pot surveni în cursul unui episod psihotic scurt sau constituie debutul sau exacerbarea unui proces psihotic cronic. Comunicările originale care utilizau acest termen erau din Malaezia. Un pattern de comportament similar este întâlnit în Laos, Filipine, Polinezia (*cafard* sau *cathard*), Papua-Noua Guinee și Puerto Rico (*mal de pelea*), precum și printre Navajo (*iich'aa*).

**Ataque de nervios.** Un limbaj de detresă prezent în special printre latinos din Caraibe, dar recunoscut și printre multe grupuri latino-americane și latino-mediteraneene. Simptomele relatate includ frecvent vociferări incontrolabile, atacuri de țipete, tremor, căldură din piept care urcă la cap și agresivitate verbală și fizică. Experiențele disociative, episoadele asemănătoare crizelor epileptice sau de leșin și gesturile suicidare sunt notabile în unele atacuri, dar absente în altele. O caracteristică generală a unui atac de nervi o constituie sentimentul de pierdere a controlului. Atacurile de nervi survin frecvent ca rezultat direct al unui eveniment stresant referitor la familie (de ex., știrea morții unei rude apropiate, separarea sau divorțul de soț(ie), conflictele cu soțul (soția) sau cu copii, ori a fi martor(ă) la un accident implicând un membru al familiei).Oamenii pot experienta amnezie pentru ceea ce a survenit în cursul atacului de nervi, dar de regulă revin rapid la nivelul lor anterior de funcționare. Deși descrierile unor atacuri de nervi cadrează foarte mult cu descrierea atacurilor de panică din DSM-IV, asocierea celor mai multe atacuri cu un eveniment precipitant, și absența frecventă a simptomelor de marcă ale fricii acute sau aprehensiunii, le distinge de panică. Atacurile cuprind o gamă mergând de la expresia normală a detresei, neasociată cu faptul de a avea o tulburare mentală, până la prezentări de simptome asociate cu diagnosticele de tulburări anxioase, afective sau somatoforme.

**Bilis și colera** (denumită, de asemenea, și *muina*). Cauza subiacentă a acestor sindrome este considerată a fi starea coleroasă sau furia intens experientată. Starea coleroasă este văzută printre multe grupuri latino ca o emoție extrem de intensă, cu efecte directe asupra corpului, și care poate exacerba simptomele existente. Efectul major al stării coleroase este acela de a perturba echilibrele intrinseci ale corpului (care sunt înțelese ca o balanță între valențele calde și reci din corp și între aspectele materiale și spirituale ale corpului). Simptomele pot include tensiune nervoasă acută, cefalee, tremor, vociferări, perturbări gastrice, iar în cazurile mai severe, pierderea cunoștinței. Din episodul acut poate rezulta o fatigabilitate cronică.

**Boufée delirante.** Este un sindrom observat în Africa de Vest și în Haiti. Acest termen francez se referă la accesele bruște de comportament agitat și agresiv, confuzie marcată și excitație psihomotorie. Uneori poate fi acompaniat de

halucinații vizuale și auditive sau de ideație paranoidă. Aceste episoade pot semăna cu un episod de tulburare psihotică scurtă.

**Brain fag.** Termen utilizat inițial în Africa de Vest pentru a denumi o condiție experientată de studenții școlilor superioare sau ai universităților, ca răspuns la exigențele școlare. Simptomele includ dificultăți în concentrare, memorare și gândire. Studenții afirmă adesea că creierul lor este „obosit". Simptomele somatice suplimentare sunt centrate de regulă pe cap și gât, și includ durerea, presiunea sau tensiunea, obnubilarea vederii, senzația de căldură sau de arsură. „Fatigabilitatea cerebrală" sau fatigabilitatea prin „gândit prea mult" este un mod de exprimare a detresei în multe culturi și duce la sindrome care seamănă cu anumite tulburări anxioase, depresive și somatoforme.

**Dhat.** Este un termen diagnostic popular utilizat în India pentru a denumi anxietatea severă sau preocupările hipocondriace asociate cu scurgerea de spermă și cu decolorarea urinii (care devine albicioasă) și senzația de lipsă de forță și de epuizare. Similare cu dhatul sunt *jiryan* (India), *sukra prameha* (Sri-Lamka) și *shen-k'uei* (China).

**Falling-out sau blacking out.** Aceste episoade survin în special la grupurile din sudul Statelor Unite și Caraibe. Se caracterizează printr-un colaps brusc care survine fără avertisment, dar uneori este precedat de senzația de amețeală sau de „pierdere a minții". Ochii individului sunt deschiși, dar persoana reclamă faptul că nu vede. De regulă, persoana aude și înțelege ceea ce se petrece în jurul său, dar este incapabilă să se miște. Aceasta poate corespunde unui diagnostic de tulburare de conversie sau de tulburare disociativă.

**Ghost sickness.** Este o preocupare de moarte și de cei decedați (asociată uneori cu magia neagră) observată frecvent printre membrii multor triburi de indieni americani. Diverse simptome incluzând visele rele, senzația de lipsă de forță, sentimentul de pericol, pierderea apetitului, leșinului, amețeala, frica, anxietatea, halucinațiile, pierderea cunoștinței, confuzia, sentimentul de inutilitate și senzația de sufocare pot fi atribuite maladiei fantomelor.

**Hwa byung** (cunoscută și ca **wool-hwa-byung**). Este un sindrom popular coreean, tradus literal în engleză ca „anger sindrom", și atribuit suprimării maniei. Simptomele includ insomnia, fatigabilitatea, panica, frica sau senzația de moarte iminentă, afectul disforic, indigestia, anorexia, dispneea, palpitațiile, durerile generalizate și senzația de existență a unei formațiuni în epigastru.

**Koro.** Un termen de origine malaeziană probabil, care se referă la un episod de anxietate subită și intensă, cum că penisul (sau, la femei vulva și mameloanele) se va retrage în corp și vor cauza probabil moartea. Sindromul este raportat în sudul și estul Asiei, unde este cunoscut sub o varietate de termeni locali, cum sunt *shuk yang, shook yong* și *suo yang* (China), *jinjinia bemar* (Assam) sau *rok-joo* (Tailanda). Ocazional este întâlnit și în Vest. Uneori, koro survine sub forma de epidemii localizate în arii din estul Asiei. Acest diagnostic este inclus în *„Clasificarea Chineză a Tulburărilor Mentale"*, ediția a II-a (CCTM-2).

**Latah.** Este o hipersensibilitate la o spaimă bruscă, adesea cu ecopraxie, ecolalie, supunere la comandă și comportament disociativ sau asemănător transei. Termenul de *latah* este de origine malaeziană sau indoneziană, dar sindromul a fost întâlnit și în multe alte părți ale lumii. Alți termeni pentru această condiție sunt *amurakh, irkunii, ikota, olan, myriachit* și *menkeiti* (grupurile siberiene), *bah tschi, bah tsi, baah ji* (Tailanda), *imu* (Ainu, Sahalin, Japonia) și *mali-mali* și *silok* (Filipine). În Malaezia este mai frecvent la femeile de etate medie.

**Locura.** Este un termen utilizat de latinos în Statele Unite și America Latină pentru a denumi o formă severă de psihoză cronică. Condiția este atribuită unei vulnerabilități înăscute, efectelor dificultăților multiple ale vieții sau unei combinații a ambilor factori. Simptomele prezentate de persoanele cu locura includ incoerența, agitația, halucinațiile auditive și vizuale, incapacitatea de a urma regulile de interacțiune socială, imprevizibilitatea și, eventual, violența.

**Mal de ojo.** Este un concept larg întâlnit în culturile mediteraniene, precum și în alte părți ale lumii. *Mal de ojo* este tradus în engleză ca „evil eye" (deochiu). Copiii sunt cei mai expuși. Simptomele includ somn agitat, țipete fără motiv, diaree, vărsături și febră, la copii sau sugari. Uneori și adulți (în special femeile) prezintă această condiție.

**Nervios.** Este o expresie de detresă frecventă printre latinos din Statele Unite și America Latină. Un număr de alte grupuri etnice au relatat, deși adesea oarecum distincte, idei de „nervi" (cum ar fi nevra printre grecii din America de Nord). Nervios se referă, atât la o stare generală de vulnerabilitate la experiențele stresante ale vieții, cât și la un sindrom provocat de circumstanțe de viață dificile. Termenul de *nervios* include o gamă largă de simptome de detresă emoțională, de perturbare somatică și de incapacitate de a funcționa. Simptomele comune includ cefaleea și „durerile cerebrale", iritabilitatea, perturbările gastrice, dificultățile de somn, nervozitatea, plânsul facil, incapacitatea de concentrare, tremorul, tinitusul și *mareos* (amețeli cu exacerbări ocazionale, asemănătoare vertijului). Nervios tind a fi o problemă în continuă creștere, deși cu variații în gradul de incapacitate manifestată. Nervios este un sindrom foarte larg, care se întinde de la cazuri fără nici o tulburare mentală până la prezentări asemănătoare tulburărilor de adaptare, anxioase, depresive, disociative, somatoforme sau psihotice. Diagnosticul diferențial va depinde de constelația de simptome experientate, de tipul evenimentelor sociale care sunt asociate cu debutul și progresiunea „nervios", și de nivelul de incapacitate experientat.

**Pibloktoq.** Un episod disociativ brusc acompaniat de excitație extremă cu o durată de până la 30 de minute și urmată frecvent de crize convulsive și comă durând până la 12 ore. Acesta a fost observat inițial în comunitățile arctice și subarctice de eschimoși, deși există variații regionale în denumire. Individul poate fi retras sau ușor iritabil o perioadă de câteva ore sau zile înaintea atacului și va relata o amnezie completă pentru atac. În timpul atacului, individul își poate smulge îmbrăcămintea, poate distruge mobila, spune obscenități, mânca fecale, fugi din refugiile protejate sau efectua alte acte irațională sau periculoase.

**Reacția psihotică qi-gong.** Este un termen care descrie un episod acut, limitat în timp, caracterizat prin simptome disociative, paranoide sau alte simptome psihotice, sau nonpsihotice, care pot surveni după practicarea qi-gong-ului (exercițiu de energie vitală), care în tradiția populară chineză fortifică sănătatea. Sunt vulnerabili în special indivizii excesiv de implicați în această practică. Acest diagnostic este inclus în *Clasificarea Chineză a Tulburărilor Mentale*, ediția a II-a (CCTM-2).

**Rootwork.** Este un set de interpretări culturale care atribuie maladia farmecelor, incantațiilor, magiei negre sau influenței malefice a altei persoane. Simptomele pot include anxietate generalizată și acuze gastrointestinale (de ex., greață, vomă, diaree) astenie, amețeală, teama de a nu fi otrăvit și, uneori, frica de a nu fi ucis („moarte woodoo"). „Farmecele", „incantațiile", „magia neagră" pot fi „puse" sau plasate pe alte persoane, cauzând o varietate de probleme emoționale și psihologice. Persoana „fermecată" se poate chiar teme de moarte, până ce farmecele nu sunt „îndepărtate", de regulă prin acțiunea unui „doctor în farmece" (un vindecător în această tradiție), care, de asemenea, poate fi chemat să farmece un inamic. „Farmecele" se întâlnesc în sudul Statelor Unite, atât printre populația afroamericană, cât și euroamericană, precum și în societățile caraibiene. În societățile latino, farmecele sunt cunoscute și ca *mal puesto* sau *brujeria.*

**Sanque dormido** („sânge adormit"). Acest sindrom se întâlnește printre insularii din Cabo Verde portughez (și printre imigranții de aici, în Statele Unite) și include durere, parestezii, tremor, paralizie, convulsii, ictus, cecitate, atac de cord, infecție și avort.

**Shenjing shuiruo** („neurastenia"). Este o condiție caracterizată în China prin fatigabilitate fizică și mentală, amețeală, cefalee, alte dureri, dificultăți în concentrare, perturbarea somnului și pierderea memoriei. Alte simptome includ probleme gastrointenstinale, disfuncție sexuală, iritabilitate, excitabilitate și diverse semne sugerând perturbarea sistemului nervos vegetativ. În multe cazuri, simptomele ar satisface criteriile pentru o tulburare afectivă sau anxioasă din DSM-IV. Acest dialognostic este inclus în *Clasificarea Chineză a Tulburărilor Mentale*, ediția a II-a (CCTM-2).

**Shen-k'uei** (Taiwan); **shenkui** (China). Este o denumire populară chineză descriind o anxietate marcată sau simptome de panică cu acuze somatice de acompaniament pentru care nu poate fi demonstrată nici o cauză somatică. Simptomele includ amețeală, durere în regiunea lombară, fatigabilitate, debilitate generală, insomnie, vise frecvente și acuze de disfuncție sexuală (cum ar fi ejacularea precoce și impotența). Simptomele sunt atribuite pierderii excesive de spermă prin contacte sexuale frecvente, masturbare, polușii nocturne sau emisia de „urină albă, tulbure", considerată a conține spermă . Pierderea excesivă de spermă este temută, din cauza credinței că aceasta reprezintă pierderea esenței vitale proprii, și poate fi astfel amenințătoare pentru viață.

**Shin-byung.** Este o denumire populară coreeană pentru un sindrom în care fazele inițiale sunt caracterizate prin anxietate și acuze somatice (debilitate generală, amețeală, frică, anorexie, insomnie, probleme gastrointestinale), cu disociere și posesiune consecutivă de către spiritele strămoșilor.

**Spell.** Este o stare de transă în care indivizii „comunică" cu rudele decedate sau cu spiritele. Uneori această stare este asociată cu scurte perioade de modificare de personalitate. Acest sindrom specific cultural este întâlnit printre afroamericanii și europenii din sudul Statelor Unite. Spiritismul nu este considerat a fi un fapt medical în tradiția populară, dar poate fi interpretat eronat ca episod psihotic în condiții clinice.

**Susto** („spaimă " sau „pierderea sufletului"). Este o maladie populară care prevalează printre unii latinos din Statele Unite și printre populațiile din Mexic, America Centrală și America de Sud. Susto mai este denumită și *espanto, pasmo, tripa ida, perdida del alma* sau *chibih*. Susto este o maladie atribuită unui eveniment terifiant, care cauzează abandonarea corpului de către suflet, ceea ce duce la nefericire și maladie. Indivizii cu susto experientează, de asemenea, tensiuni importante în rolurile sociale cheie. Simptomele pot apare oricând, după zile sau ani de la experientarea spaimei. Se crede că în cazuri extreme, susto poate duce la moarte. Simptomele tipice includ perturbarea apetitului, somn insuficient sau excesiv, somn perturbat sau vise, sentimente de tristețe, lipsă de motivație pentru a face ceva și sentimente de subestimare sau de imunditate. Simptomele somatice care acompaniază susto includ dureri musculare, cefalee, durerea gastrică și diareea. Tratamentele rituale sunt centrate pe chemarea sufletului înapoi, în corp, și curățirea persoanei, pentru a restaura echilibrul corporal și spiritual. Diferitele experiențe de susto pot fi puse în legătură cu tulburarea depresivă majoră, stresul posttraumatic și tulburările somatoforme. Convingeri etiologice și configurații de simptome similare se întâlnesc în multe alte părți ale lumii.

**Taijin kyofusho.** Este o fobie distinctivă cultural din Japonia, într-o anumită măsură asemănătoare cu fobia socială din DSM-IV. Acest sindrom se referă la frica intensă a unui individ, precum că corpul său în totalitate sau părți ori funcții ale corpului său, nu plac, deranjează sau că el este vătămător pentru ceilalți oameni prin aspectul, mirosul, expresiile faciale sau mișcările sale. Acest sindrom este inclus in sistemul de diagnostic oficial japonez pentru tulburările mentale.

**Zar.** Este un termen general, aplicat în Etiopia, Somalia, Egipt, Sudan, Iran și alte societăți din Africa de Nord și Orientul Mijlociu, experiențelor de posedare de către spirite a unui individ. Persoanele posedate de un spirit pot experienta episoade disociative, care pot include strigătul, râsul, bătutul cu capul de pereți, cântatul sau plânsul. Indivizii pot prezenta apatie, izolare, refuzul de a mânca sau de a-și îndeplini sarcinile cotidiene sau pot dezvolta o relație pe termen lung cu spiritul posedat. Local, acest comportament nu este considerat ca patologic.

## Anexa J

# Colaboratorii DSM-IV

Deoarece DSM-IV este destinat a fi utilizat de diverse grupuri de profesioniști în domeniul sănătății mentale și în diverse locuri, Grupul Operativ pentru DSM-IV și Grupurile de Lucru au solicitat și încurajat participarea unei categorii largi de profesioniști pentru a servi drept consilieri ai Grupului Operativ și Grupurilor de Lucru. Consilierii includ persoane din alte asociații de sănătate, clinicieni, cercetatori, specialiști în medicina legală, experți în probleme în legătură cu sexul, etatea și mediul cultural, precum și experți din alte țări. Grupurile de consilieri au identificat probleme pertinente referitoare la fiecare diagnostic, au elaborat și comentat revizuirile critice ale literaturii, textul și criteriile, și au participat la proiectele de testare în teren și de reanalizare a datelor. Membrii Grupului Operativ pentru DSM-IV și cei ai Grupurilor de Lucru acordă toată considerația lor și mulțumesc din inimă persoanelor și organizațiilor care au contribuit atât de generos cu timpul și cunoștințele lor.

## Consilierii Grupurilor de Lucru

**Consilierii pentru Tulburările Anxioase**
W. Stuart Agras,M.D.
Hagop Akiskal,M.D.
Lauren Bersh Alloy, M.D.
James Barbie, M.D.
Aaron T. Beck, M.D.
Jean Beckham, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Istvan Bitter, M.D.
Arthur S. Blank, Jr., M.D.
Thomas D. Borkovec , Ph.D.
Loretta E. Braxton, Ph.D.
Naomi Breslau, Ph.D.
Elizabeth Brett, M.D.
Evelyn Bromet, Ph.D.
Timothy A. Brown, Psy.D
Allan Burstein, M.D.
David M. Clark, Ph.D.
Deborah S. Cowley, M.D.
Michelle G.Craske, M.D.
Raymond R Crowe, M.D.
George C. Curtis, M.D.
Yael Danieli, Ph.D.
Joseph A. Deltito, M.D.
Peter A. DiNardo, Ph.D
Keith Stephen Dobson, Ph.D
Spencer Eth, M.D.
John Fairbank, Ph.D.
Brian Fallon, M.D.
Charles Figley, Ph.D.
Stephen M. Ford, M.D.
Ellen Frank, Ph.D.
Mathew Friedman, M.D.
Kishore Gadde, M.D.
Ronald Ganellen, Ph.D.
Michael Gelder, M.D.
Earl Giller, M.D.
Wayne Goodman, M.D.
Tana Grady, M.D.
Bonnie Green, Ph.D.
Peter Guarnaccia, Ph.D.

Richard Heimberg, M.D.
John E. Helzer, M.D.
Judith Herman, M.D.
Rudolf Hoehn-Saric, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Eric Hollander, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Tom Insel, M.D.
Michael Jenike, M.D.
Wayne Katon, M.D.
Heinz Katschnig, M.D.
Terrance Keane, Ph.D.
Dean Kilpatrick, Ph.D.
Laurence Kirmayer, M.D.
Donald F. Klein, M.D.
Stuart Kleinman, M.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (decedat)
Lawrence Kolb, M.D.
Michael J. Kozak, Ph.D.
Cynthia Last, Ph.D.
Bernard Lerer, M.D.
Andrew Levin, M.D.
R. Bruce Lydiard, M.D., Ph.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.
John S. March, M.D.
Andrew Mathews, Ph.D.
Matig Mavissakalian, M.D.
Alexander McFarlane, M.B., B.S. (Hons), M.D.
Richard McNally, M.D.
Charles A. Meyer, Jr., M.D.
Karla Moras, Ph.D.
Dennis Munjack, M.D.
Lars Goran Öst, Ph.D.
Howard Parad, D.S.W.
Kok Lee Peng, M.D.
Roger Pitman, M.D.
Robert Pynoos, M.D.
Ronald M. Rapee, Ph.D.
Beverley Raphael, M.D.
Steven Rasmussen, M.D.
James Reich, M.D., M.P.H.
Patricia Resnick, Ph.D.
Jeffrey C. Richards, Ph.D.
Karl Rickels, M.D.
John H. Riskind, Ph.D.
Sir Martin Roth, M.D.
Barbara Rothbaum, Ph.D.
Peter Roy-Byrne, M.D.
Philip Saigh, Ph.D.
Paul Salkovskis, Ph.D.
William C. Sanderson, Ph.D.
Franklin Schneier, M.D.
Javaid Sheikh, M.D.
Zahava Solomon, M.D.
Susan Solomon, Ph.D.
Larry H. Strasburger, M.D., Ph. D.
Suzanne Sutherland, M.D.
Richard Swinson, M.D.
Lenore Terr, M.D.
Peter Trower, Ph.D.
Samuel M. Turner, Ph.D.
Thomas Uhde, M.D.
David Watson, Ph.D.
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.
Patti Zetlin, M.S.W.
Richard Zinbarg, Ph. D.
Joseph Zohar, M.D.

**Consilierii pentru Delirium, Demență, Tulburările Amnestice și Alte Tulburări Cognitive**

Frank Benson, M.D.
John Breitner, M.D.
Steve Buckingham, D.S.W.
Nelson Butters, Ph.D.
Steven Cohen-Cole, M.D.
Jeffrey Lee Cummings, M.D.
Horacio Fabrega, Jr., M.D.
Barry Fogel, M.D.
Robert P. Granacher, M.D., Ph.D.
Robert C. Green, M.
Robert Heaton, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.
Keh-Ming Lin, M.D.
Zbigniew Lipowski, M.D.
Alwyn Lishman, M.D.
Richard Mayeux, M.D.
Marsel Mesulam, M.D.
Vernon Neppe, M.D.
Barry Reisberg, M.D.
Sir Martin Roth, M.D.
David Rubinow, M.D.

Randy Schiffer, M.D.
Michael Taylor, M.D.
Linda Teri, Ph.D.
Allan Yozawitz, M.D.
Stuart C. Yudofsky, M.D.
Michael Zaudig, M.D.

**Consilierii pentru Tulburările diagnosticate pentru prima dată în Perioada de Sugar, în Copilărie sau în Adolescență**
Marc Amaya, M.D.
Lisa Amaya-Jackson, M.D.
Adrian Angold, M.B., B.S., M.R.C.Psych.
William Arroyo, M.D.
Robert F. Asarnow, Ph.D.
George Bailey, M.D.
Joseph Biederman, M.D.
Ray Blanchard, Ph.D.
Lewis M. Bloomingdale, M.D.
John Bradford, M.D.
Joel Bregman, M.D.
Glorissa Canino, Ph.D.
Ian Alberto Canino, M.D.
Iris Chagwedera, Ph.D.
Dante Cicchetti, Ph.D.
Susan Coates, Ph.D.
Patricia Cohen, Ph.D.
C. Keith Conners, Ph.D.
Jane Costello, M.D.
Charles Davenport, M.D.
Robert Delong, M.D.
Martha Denckla, M.D.
Park Elliott Dietz, M.D., Ph.D.
Craig Donnelly, M.D.
Felton Earls, M.D.
L. Erlenmeyer-Kimling, Ph.D.
Jack Fletcher, Ph.D.
Steven Forness, Ed.D.
Richard Green, M.D., J.D.
Laurence Greenhill, M.D.
Stanley Greenspan, M.D.
Richard L. Gross, M.D.
Robert Harmon, M.D.
Lily Hechtman, M.D.
Marharet Hertzig, M.D.
James J. Hudziak, M.D.
Peter Jensen, M.D.
Gloria Johnson-Powell, M.D.
Robert King, M.D.
Mindy Krotick, M.A.
Cynthia Last, Ph.D.
James Leckman, M.D.
James Lee, M.D.
Stephen Levine, M.D.
John Lochman, M.D.
Catherine Lord, Ph.D.
John S. March, M.D.
James McKinney, Ph.D.
Jon Meyer, M.D.
Heino F.L. Meyer-Bahlburg, Dr., rer., nat.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Klaus Minde, M.D.
David Mrazek, M.D.
Joy Osofsky, Ph.D.
Ira Pauly, M.D.
Gary Peterson, M.D.
Sally Provence, M.D.
Joaquim Puig-Antich, M.D. (decedat)
Kathleen May Quinn, M.D.
Steven Rasmussen, M.D.
Robert J. Reichler, M.D.
Mark A. Riddle, M.D.
Edward Ritvo, M.D.
Richard Rosner, M.D.
Byron Rourke, Ph.D.
Diane H. Schetky, M.D.
Eric Schopler, Ph.D.
Rourke Schopler, Ph.D.
Arthur Shapiro, M.D.
Theodore Shapiro, M.D.
Bennet Shaywitz, M.D.
Larry Silver, M.D.
Robert Stoller, M.D. (decedat)
Alan Stone, M.D.
Peter Szatmari, M.D.
Ludwig Szymanski, M.D.
Paula Tallal, Ph.D.
Kenneth Towbin, M.D.
Luke Tsai, M.D.
Kenneth Jay Weiss, M.D.
Myrna M. Weissman, Ph.D.
Elizabeth Weller, M.D.
Karen Wells, Ph.D.

Agnes Whittaker, M.D.
Janet B. W. Williams, D.S.W.
Ronald Winchel, M.D.
Allan Yozawitz, M.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D.
Barry Zuckerman, M.D.
Bernard Zuger, M.D.

**Consilierii pentru Tulburările de Comportament Alimentar**
W. Stewart Agras, M.D.
Arnold Anderson, M.D.
William Berman, Ph.D.
Peter Beumont, M.D.
Barton J. Blinder, M.D.
Susan Jane Blumenthal, M.D.
LCDR James M. Blunt
Harry A. Brandt, M.D.
Timothy D. Brewerton, M.D.
Kelly Brownell, Ph.D.
Gabrielle A. Carlson, M.D.
Eva Carr, M.A.
Regina Casper, M.D.
Leslie Citrome, M.D.
Peter J. Cooper, M.D.
Arthur H. Crisp, M.D.
Maria DaCosta, M.D.
Bonnie Dansky, Ph.D.
Michael Devlin, M.D.
Adam Drewnowski, Ph.D.
Elke Eckert, M.D.
Robert Edelman, M.D.
Christopher Fairburn, M.D.
Madeline Fernstrom, Ph.D.
Manfred Fichter, M.D.
Martine Flament, M.D.
Henri Flikier, A.C.S.W.
Victor Fornari, M.D.
Chris Freeman, M.D.
David M. Garner, Ph.D.
Philip W. Gold, M.D.
Harry E. Gwirtsman, M.D.
Deborah Hasin, Ph.D.
C. Peter Herman, Ph.D.
David Herzog, M.D.
Jules Hirsch, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
L.K. George Hsu, M.D.
James I. Hudson, M.D.
Laurie Humphries, M.D.
Philippe Jeammet, M.D.
David C. Jimerson, M.D.
Craig Johnson, Ph.D.
Ross S. Kalucy, M.D.
Jack L. Katz, M.D.
Walter Kaye, M.D.
Justin Kenardy, Ph.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Sid Kennedy, M.D.
Dean Kilpatrick, Ph.D.
Dean D. Krahn, M.D.
Sing Lee, M.R.C.Psych.
Pierre Leichner, M.D.
Harold Leitenberg, Ph.D.
Jill Leolbonne, M.D.
Gloria Leon, Ph.D.
Katharine Loeb, B.A.
Alexander R. Lucas, M.D.
Marsha Marcus, Ph.D.
Valerie Rae McClain, B.A.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Julian Morrow, Ph.D.
Claes Norring, Dr.Med.Sc.
Patrick O'Conner, Ph.D.
Marion P. Olmstead, Ph.D.
Carol B. Peterson, Ph.D.
Karl Pirke, M.D.
Janet Polivy, Ph.D.
Harrison Pope, M.D.
Charles Portney, M.D.
Albert M. Powell, M.D.
Raymond Prince, M.D.
Richard Pyle, M.D.
Ellen Raynes, Psy.D.
Rory Richardson, M.A.
Cheryl Ritenbaugh, Ph.D., M.P.H.
Paul Robinson, M.D.
Judith Rodin, Ph.D.
Barbara J. Rolls, Ph.D.
James Rosen, Ph.D.
Gerald Russel, M.D.
Ronna Saunders, L.C.S.W.
Joseph Silverman, M.D.
Michael Strober, Ph.D.

Albert J. Stunkard, M.D.
Allan Sugarman, M.D.
George Szmukler, M.D.
Sten Theander, M.D.
Suellen Thomsen, B.A.
David Tobin, Ph.D.
Walter Vandereycken, M.D.
David Veale, M.R.C.Psych.
Kelly Bemis Vitousek, Ph.D.
Thomas Wadden, Ph.D.
David Waller, M.D.
Winny Weeda-Mannak, Ph.D.
Herbert Weiner, M.D.
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.
David Wheadon, M.D.
Rena Winh, M.D.
Steve Wonderlich, Ph.D.
Susan Wooley, Ph.D.
Wayne Wooley, Ph.D.
Judith Wurtman, Ph.D.
Joel Yager, M.D.
Susan Yanovski, M.D.
Preston Zucker, M.D.

**Consilierii pentru Tulburările Afective**
Hagop Akiskal, M.D.
Jay Amsterdam, M.D.
Jules Angst, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D.
Marie Åsberg, M.D.
David Avery, M.D.
Aaron T. Beck, M.D.
James C. Beck, M.D.
Dan Blazer, M.D.
Charles Bowden, M.D.
Ian Brockington, M.D.
Susan B. Campbell, Ph.D.
Dennis P. Cantwell, M.D.
Bernard J. Carroll, M.D., Ph.D.
Giovanni Cassano, M.D..
Paul Chodoff, M.D.
William Coryell, M.D.
John L. Cox, M.D.
Jonathan Davidson, M.D.
John Davis, M.D.
Christine Dean, M.D.
Robert Delong, M.D.
J. Raymond DePaulo, M.D.
Jean Endicott, Ph.D.
Cecile Ernst, M.D.
Max Fink, M.D.
Leslie M. Forman, M.D.
Linda George, Ph.D.
Robert Gerner, M.D.
Elliot Gershon, M.D.
William Goldstein, M.D.
Byron Good, Ph.D.
Frederick K. Goodwin, M.D.
Thomas Gordon Gutheil, M.D.
Wilma M. Harrison, M.D.
Jonathon M. Himmelhoch, M.D.
Robert M. A. Hirschfeld, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Charles Holzer III, M.D.
Robert Howland, M.D.
Emily Hoyer, B.A.
James Jefferson, M.D.
Ira Katz, M.D.
Gabor Keitner, M.D.
Robert Kendell, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Daniel Klein, Ph.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (decedat)
James Kocsis, M.D.
Harold Koenig, M.D.
Ernest Kovacs, M.D.
Helena Kraemer, Ph.D.
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.
Andrew Krystal, M.D.
David J. Kupfer, M.D.
Jacqueline LaLive, M.D.
Peter Lewinshon, Ph.D.
Wolfgang Maier, M.D.
John Mann, M.D.
Spero Manson, Ph.D.
James P. McCullough, Ph.D.
Patrick McGrath, M.D.
Julien Mendelewicz, M.D.
Kathleen Merikangas, Ph.D.
Robert Michels, M.D.
Ivan Miller, Ph.D.
Phyllis Nash, D.S.W.
Michael O'Hara, Ph.D.
David Osser, M.D.

Gordon Parker, M.D.
Barbara Parry, M.D.
Eugene Paykel, M.D.
Kok Lee Peng, M.D.
Fredrick Petty, M.D., Ph.D.
Robert M. Post, M.D.
Daniel Purdy, A.B.
Frederic Quintkin, M.D.
Judith G. Rabkin, Ph.D.
Ted Reich, M.D.
Richard Ries, M.D.
Donald Robinson, M.D.
Holly Rogers, M.D.
Jerrold F. Rosenbaum, M.D.
Norman Rosenthal, M.D.
Anthony Rotschild, M.D.
Alec Roy, M.D.
Cordelia Russell, B.A.
Alan Schatzberg, M.D.
Jan Scott, Ph.D.
Tracie Shea, Ph.D.
Anne Simmons, Ph.D.
Stuart Sotsky, M.D.
David Steffens, M.D.
Jonathan Stewart, M.D.
Larry H. Strasburger, M.D, Ph.D.
Trisha Suppes, M.D., Ph.D.
Michael Thase, M.D.
Richard Weiner, M.D.
Jan Weissenburger, M.A.
Myrna M. Weissman, Ph.D.
Kenneth Wells, M.D.
Peter C. whybrow, M.D.
George Winokur, M.D.
Anna Wirz-Justice, Ph.D.
Hans Ulrich Wittchen, Ph.D.

**Consilierii pentru Problemele Codificării Multiaxiale**
Jonathan F. Borus, M.D.
Kathleen Buckwalter, Ph.D.
Frederic Busch, M.D.
Eric Douglas Caine, M.D.
Thomas Carli, M.D.
Arnold Cooper, M.D.
Paul Crits-Christoph, M.D.
Susan Fine, M.A.
Paul J. Fink, M.D.
Jack Froom, M.D.
Akira Fujinawa, M.D.
Daniel W. Gillette, M.D.
Robert Glick, M.D.
Byron Good, Ph.D.
Richard E. Gordon, M.D., Ph.D.
Barry Gurland, M.D.
Herta A. Guttman, M.D.
Richard Hall, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Charles Hughes, Ph.D.
T. Byram Karasu, M.D.
James Karls, D.S.W.
Florence Kaslow, Ph. D.
Otto Kernberg, M.D.
Gerald L. Klerman, M.D. (decedat)
Thomas Kuhlman, Ph.D.
Powell Lawton, Ph.D.
Joshua D. Lipsitz, Ph.D.
Christine Lloyd, M.D.
Lester Luborsky, M.D.
Roger Mackinnon, M.D.
Carolyn Mazure, Ph.D.
Theodore Millon, Ph.D.
Glen Pearson, M.D.
J. Christopher Perry, M.D.
George H. Pollock, M.D.
Joseph M. Rey, Ph.D.
Lawrence Rockland, M.D.
Geoffrey Shrader, M.D.
Ronald C. Simons, M.D., M.A.
Alan Stoudemire, M.D.
James J. Strain, M.D.
John S. Strauss, M.D.
Christopher Tennant, M.D.
Mary Durand Thomas, R.N., Ph.D.
Virginia Tilden, R.N., D.N.Sc.
George Vaillant, M.D.
Holly Skodol Wilson, R.N., Ph.D.
Ronald M. Wintrob, M.D.
Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.

**Consilierii pentru Tulburările de Personalitate**
Gerald Adler, M.D.
Salman Akhatar, M.D.
Hagop Akiskal, M.D.
Norimassa Akuta, M.D.

Renato Daniel Alarcon, M.D., M.P.H.
Arthur Alterman, Ph.D.
Antonio Andreoli, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D.
Beng-Ake Armelius, Ph.D.
Lorna Smith Benjamin, Ph.D.
Mark Berelowitz, M.D.
Jack Brandes, M.D.
Remi Cadoret, M.D.
Paul Chodoff, M.D.
Lee Anna Clark, Ph.D.
John Clarking, Ph.D.
C. Robert Cloninger, M.D.
Jerome Cohen, D.S.W.
Karyl Cole, M.D.
Arnold Cooper, M.D.
Paul Costa, Ph.D.
Alv A. Dahl, M.D.
Carl Eisdorfer, M.D., Ph.D., M.S.W.
Edward F. Foulks, M.D., Ph.D.
John Frosch, M.D.
William Goldstein, M.D.
Seymour L. Halleck, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Judith Herman, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Mardi Horowitz, M.D.
Stephen, W. Hurt, Ph.D.
Steven Hyler, M.D.
Karen John, M.D.
Patricia Judd, M.S.W.
Charles Kaelber, M.D.
Oren Kalus, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Otto Kernberg, M.D.
Donald Kiesler, Ph.D.
Daniel Klein, Ph.D.
Donald F. Klein, M.D.
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.
Harold Koenigsberg, M.D.
Jerome Kroll, M.D.
Marsha Linehan, Ph.D.
Paul Links, M.D.
John Lion, M.D.
W. John Livesley, M.D.
Armand Loranger, Ph.D.
Spencer Lyerly, Ph.D.
Michael Lyons, Ph.D.
K. Roy Mackenzie, M.D.
Roger Mackinnon, M.D.
Nikolas Manos, M.D.
James Masterson, M.D.
Robert McCrae, Ph.D.
Thomas McGlashan, M.D.
Robert David Miller, M.D., Ph.D.
Leslie Morey, Ph.D.
Ole Mors, M.D.
Kazuhisa Nakao, M.D.
H. George Nurnberg, M.D.
John Oldham, M.D.
Yutaka Ono, M.D.
Stephen L. Oxley, Ph.D.
Joel Paris, M.D.
Gordon Parker, M.D.
Glen Pearson, M.D.
Kok Lee Peng, M.D.
J. Christopher Perry, M.D.
Ethel Person, M.D.
Katharine Anne Phillips, M.D.
Paul Pilkonis, Ph.D.
Harrison Pope, M.D.
Charles Pull, M.D.
James Reich, M.D., M.P.H.
William H. Reid, M.D.
Lee Robins, Ph.D.
Elsa Ronningstam, Ph.D.
Loren Henry Roth, M.D.
Robert Ruegg, M.D.
Pedro Ruiz, M.D.
A. John Rush, M.D.
Marvin Schwartz, M.D.
Richard Selman, M.D.
Kenneth Silk, M.D.
Bennett Simon, M.D.
Richard C. Simons, M.D.
Erik Simonsen, M.D.
Andrew Ewdard Skodol II, M.D.
Paul Harris Soloff, M.D.
Stephen Sternbach, M.D.
Alan Stone, M.D.
Michael Stone, M.D.
Lawrence Tancredi, M.D.
Alex Tarnopolsky, M.D.
Auke Tellegen, Ph.D.

Pekka Tienari, M.D.
Svenn Torgensen, M.D.
Joseph Triebwasser, M.D.
Robert Tringone, Ph.D.
Timothy Trull, Ph.D.
Peter Tyrer, M.D.
Lindsey Tweed, M.D.
T. Bedirhan Ustun, M.D.
Per Vaglum, M.D.
Sonya Vaglum, M.D.
George Vaillant, M.D.
Leonore B. Walker, Ed.D.
Dermont Walsh, M.B.
Jack Wiggins, Ph.D.
Jerry Wiggins, Ph.D.
Mary C. Zanarini, Ed.D.

**Consilierii pentru Tulburarea Disforică Premenstruală**
Elissa P. Benedek, M.D.
Sarah Berga, M.D.
Susan Jane Blumenthal, M.D.
Leah Joan Dickstein, M.D.
Ellen W. Freeman, Ph.D.
Sheryl Gallant, Ph.D.
Leslie Gise, M.D.
Uriel Halbreich, M.D.
Jean Hamilton, M.D.
Michelle Harrison, M.D.
Roger F. Haskett, M.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Stephen W. Hurt, Ph.D.
Renee Johns, B.A.
W. Keye, Jr., M.D.
Martha Kirkpatrick, M.D.
Martha McClintock, Ph.D.
Margaret L. Moline, Ph.D.
Carol C. Nadelson, M.D.
Howard Osofsky, M.D.
Mary Brown Parlee, Ph.D.
Jeff Rausch, M.D.
Robert Reid, M.D.
R. Rhodes, M.D.
Ana Rivera-Tovar, Ph.D.
Gail Robinson, M.D.
Miriam Rosenthal, M.D.
Peter Roy-Byrne, M.D.
David Rubinow, M.D.
Paula Schnurr, Ph.D.
John Steege, M.D.
Meir Steiner, M.D., Ph.D.
Donna Stewart, M.D.
Anna Stout, M.D.
Leonore B. Walker, Ed.D.
David Youngs, M.D.

**Consilierii pentru Tulburările de interfață ale sistemelor psihiatrice (Tulburările de Adaptare, Disociative, Factice, de Control al Impulsului și Somatoforme, și Factorii Psihologici care afectează Condiția Medicală)**
Paul S. Appelbaum, M.D.
Allyson Ashley, D.S.W.
Arthur J. Barsky, M.D.
David H. Barlow, Ph.D.
Johnathon O. Beahrs, M.D.
David Bear, M.D.
Gale Beardsley, M.D.
Sidney Benjamin, M.D., M.Phil.
Kenneth Bowers, Ph.D.
John Bradford, M.D.
Bennett Braun, M.D.
Etzel Cardena, Ph.D.
James Chu, M.D.
Catherine Classen, Ph.D.
Phillip Coons, M.D.
Douglas Detrick, Ph.D.
Robert H. Dworkin, Ph.D.
David Folks, M.D.
Fred Frankel, M.D.
Edward Frischholz, Ph.D.
George Fulup, M.D.
Rollin Gallagher, M.D.
Jeffrey Geller, M.D.
Daniel W. Gillette, M.D.
Michael G. Goldstein, M.D.
Veerainder Goli, M.B.
Carlos A. Gonzalez, M.D.
Junius Gonzales, M.D.
Michael I. Good, M.D.
Ezra E. H. Griffith, M.D.
Samuel B. Guze, M.D.
Seymour L. Halleck, M.D.

Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Nelson Hendler, M.S., M.D.
Ernest Hilgard, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Jimmie C. Holland, M.D.
Eric Hollander, M.D.
James J. Hudziak, M.D.
Janis H. Jenkins, Ph.D.
Roger Kathol, M.D.
J. David Kinzie, M.D.
Laurence Kirmayer, M.D.
Arthur Kleinman, M.D., Ph.D.
Richard Kluft, M.D.
Cheryl Koopman, Ph.D.
Donald S. Kornfeld, M.D.
K. Ranga Rama Krishnan, M.D.
John Kurtz, M.D.
Henry R. Lesieur, Ph.D.
James Levenson, M.D.
Roberto Lewis-Fernandez, M.D.
John Lion, M.D.
Zbigniew J. Lipowski, M.D.
Don R. Lipsitt, M.D.
Richard Lowenstein, M.D.
Jeffrey Mattes, M.D.
M. Eileen McNamara, M.D.
Harold Merskey, M.D.
Michael Moran, M.D.
George B. Murray, M.D.
John Nemiah, M.D.
Jeffrey Newcorn, M.D.
Raymond Niaura, Ph.D.
Perry M. Nicassio, Ph.D.
Martin Orne, M. D., Ph.D.
Kalpana Pakinathan, M.D.
Robert O. Pasnau, M.D.
Kok Lee Penh, M.D.
Samuel W. Perry III, M.D.
Gary Peterson, M.D.
John Plewes, M.D.
Stanley L. Portnow, M.D., Ph.D.
Frank Putnam, M.D.
Phillip Jacob Resnick, M.D.
Richard J. Rosenthal, M.D.
Colin A. Ross, M.D.
John Z. Sadler, M.D.
Shirley Sanders, Ph.D.
Stephen M. Saravay, M.D.
Jonathan F. silver, M.D.
Herbert Spiegel, M.D.
Marlene Steiberg, M.D.
Robert Stewart, D.S.W.
Marvin Swartz, M.D.
Troy L. Thompson II, M.D.
Moshe Torem, M.D.
Eldon Tunks, M.D.
William L. Webb, Jr., M.D. (decedat)
Kenneth Jay Weiss, M.D.
Mitchel Weiss, M.D., Ph.D.
Lewis Jolly West, M.D.
Ronald Winchel, M.D.
Thomas Nathan Wise, M.D.
Dennis Wolf, M.D.
Derson Young, M.D.
Stuart C. Yudofsky, M.D.
Sean Yutzy, M.D.

**Consilierii pentru Schizofrenie și alte Tulburări Psihotice**

Xavier Amador, Ph.D.
Stephan Arndt, Ph.D.
Peter Berner, M.D.
Istvan Bitter, M.D.
Donald W. Black, M.D.
Randy Borum, M.D.
Malcom B. Bowers, Jr., M.D.
H. Stefan Bracha, M.D.
Ian Brockington, M.D.
William Carpenter, M.D.
Richard J. Castillo, Ph.D.
David Copolov, M.D.
Lawrence A. Dunn, M.D.
William Edell, Ph.D.
Akira Fujinawa, M.D.
Carlos A. Gonzales, M.D.
Jack Gorman, M.D.
Igor Grant, M.D.
Ezra E. H. Griffith, M.D.
Gretchen Haas, Ph.D.
Martin Harrow, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Janis H. Jenkins, Ph.D.
Dilip V. Jeste, M.D.
Marvin Karno, M.D.

Robert Kendell, M.D.
Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.
Roberto Lewis-Fernandez, M.D.
Robert Liberman, M.D.
Jeffrey Lieberman, M.D.
Mario Maj, M.D.
Joseph P. McEvoy, M.D.
Max McGee, M.D.
Patrick McGorry, M.B.B.S.
Herbert Meltzer, M.D.
Alan Metz, M.D.
Jeffrey L. Metzner, M.D.
Mark Richard Munetz, M.D.
Alistair Munroe, M.D.
Keith Neuchterlein, Ph.D.
Yuji Okazaki, M.D.
Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc.
Stein Opjordsmoen, Ph.D.
Ananda K. Pandurangi, M.D.
Godfrey Pearlson, M.D.
Delbert Robinson, M.D.
Nina Schooler, Ph.D.
Larry Siever, M.D.
Samuel Siris, M.D.
John Sweeney, Ph.D.
Sally Szymanski, D.O.
Mauricio Tohen, M.D.
Ming Tso Tsuang, M.D., Ph.D.
Michael Zaudig, M.D.

**Consilierii pentru Tulburările Sexuale**
John Bradford, M.D.
Robert P. Cabaj, M.D.
Dona L. Davis, Ph.D.
Park Elliott Dietz, M.D., Ph.D.
Leslie Gise, M.D.
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Gilbert Herdt, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Helen Kaplan, M.D.
Kok Lee Peng, M.D.
Anna Stout, M.D.

**Consilierii pentru Tulburările de Somn**
Edward Bixler, M.D.
Jack Edinger, M.D.
Charles W. Erwin, M.D.
Eugene C. Fletcher, M.D.
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Peter Hauri, Ph.D.
Anthony Kales, M.D.
Milton Kramer, M.D.
Rocco Manfredi, M.D.
Gail Marsh, M.D.
Jeffrey L. Metzner, M.D.
Harvey Moldofsky, M.D.
Timothy H. Monk, Ph.D.
Ralph Pascualy, M.D., R.N.
Howard Roffwarg, M.D.
Thomas Roth, Ph.D.
A. John Rush, M.D.
Constantin R. Soldatos, M.D.
Edward Stepanski, Ph.D.
Michael Thorpy, M.D.

**Consilierii pentru Tulburările în legătură cu o Substanță**
Henry Abraham, M.D.
Christer Allgulander, M.D.
Arthur Alterman, Ph.D.
Roland Atkinson, M.D.
Tom Babor, Ph.D.
George Bailey, M.D.
James Barbie, M.D.
Jeffrey Bedrick, M.D.
Fred K. Berger, M.D.
Jack D. Blaine, M.D.
Sheila Blume, M.D.
Richard Bonnie, J.D.
Kathleen Bucholz, Ph.D.
John Cacciola, Ph.D.
Glorissa Canino, Ph.D.
William D. Clark, M.D.
Stephen Dinwiddie, M.D.
Griffith Edwards, M.D.
Marian Fischman, Ph.D.
Richard Frances, M.D.
William Frosch, M.D.
Marc Galanter, M.D.
Frank Gawin, M.D.
Edith S. Linansky Gomberg, Ph.D.
Enoch Gordis, M.D.
David Gorelick, M.D.
Bridget Grant, Ph.D.
Marcus Grant, Ph.D.

Lester Grinspoon, M.D.
Alfred Harkley, M.D.
James Hartford, M.D.
Debora Hasin, Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Arthur Horton, Ph.D.
John R. Hughes, M.D.
Michael Irwin, M.D.
Jerome Jaffe, M.D.
Denise Kendel, Ph.D.
Edward Kaufman, M.D.
Herbert Keber, M.D.
Thomas Kosten, M.D.
Mary Jearme Kreek, M.D.
James Langenbucher, Ph.D.
Edward D. Levin, Ph.D.
Benjamin Liptzin, M.D.
James Maddox, M.D.
Enrique Madrigal, M.D.
Peter Martin, M.D.
Roy Mathey, M.D.
Wayne McFadden, M.D.
Thomas McLellan, Ph.D.
Jack H. Mendelsohn, M.D.
Roger Meyer, M.D.
Norman Miller, M.D.
Robert Millman, M.D.
Maristela Monteiro, M.D.
Robert M. Morse, M.D.
David F. Naftolowitz, M.D.
Paul Nagy
Charles O'Brien, M.D.
Glen Pearson, M.D.
Stanton Peele, Ph.D.
Helen Pettinatti, Ph.D.
Andrzej Piotrowski, M.D.
Rumi Price, Ph.D.
Anthony Radcliffe, M.D.
Charles Riordan, M.D.
Jed Rose, Ph.D..
Bruce Rounsaville, M.D.
John Saunders, M.D.
Sidney H. Schnoll, M.D.
Charles R. Schuster, Ph.D.
Boris Segal, M.D.
Roy Stein, M.D.
Lee R. Towle, Ph.D.
John Tsuang, M.D.
Harold Urschell III, M.D.
Dermott Walsh, M.B.
Robert Weinreib, MD
Joseph Westermeyer, M.D. Ph.D, M.P.H.
Kenneth Winters, Ph.D.
Sheldon Zimberg, M.D.

## Consilierii Grupului Operativ

**Consilieri pentru Probleme de Codificare**
Andrea Albaum-Feinstein
Margaret Amatayakul, M.B.A., R.R.A.
Amy Blum, M.P.H., R.R.A.
Delray Green, R.R.A.
Deborah K. Hansen, A.R.T., C.C.S.
Robert A. Israel, M.P.H.
L.Ann Kirner, C.C.S.
Perrianne Lurie, M.D., M.P.H.
Sue Meads, R.R.A.
James W. Thompson, M.D. M.P.H.

**Consilieri pentru Probleme Transculturale**
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Arthur Kleinmann, M.D., Ph.D.
Horacio Fabrega, Jr., M.D.
Delores Parron, Ph.D.
Byron Good, Ph.D.
Keh-Ming Lin, M.D.
Spero Manson, Ph.D.
Gloria Johnson-Powell, M.D.

Victor R. Adebimpe, M.D.
Renato Daniel Alarcon, M.D.,M.P.H.
William Arroyo, M.D.
Morton Beiser, M.D.
James Boster, Ph.D.
Glorissa Canino, M.D.
Ian Alberto Canino, M.D.
Richard J. Castillo, Ph.D.
Freda Cheung, Ph.D.

Ellen Corin, Ph.D.
Dona L. Davis, Ph.D.
Armando Favazza, M.D.
Candace Fleming, Ph.D.
Edward F. Foulks, M.D., Ph.D.
Atwood Gaines, Ph.D.
Albert Gaw, M.D.
James Gibbs, Ph.D.
Carlos A. Gonzalez, M.D.
Ezra E.H. Griffith, M.D.
Peter J. Guarnaccia, Ph.D.
Gilbert Herdt, Ph.D.
Kim Hopper, Ph.d.
David Hufford, Ph.D.
Charles Hughes, Ph.D.
Janis H. Jenkins, Ph.D.
Marvin Karno, M.D.
Marianne Kastrup, M.D., Ph.D.
J. David Kinzie, M.D.
Laurence Kirmayer, M.D.
Paul Koegel, Ph.D.
Robert F. Kraus, M.D.
Tina K. Leonard-Green, M.S., R.D.
Roberto Lewis-Fernandez, M.D.
T-Y Lin, M.D.
Roland Littlewood, M.B., D.Phil.
Francis Lu, M.D.
Enrique Madrigal, M.D.
Theresa O'Nell, Ph.D.
Raymond Prince, M.D.
Juan Ramos, Ph.D.
Cheryl Ritenbaug, Ph.D., M.P.H.
Lloyd Rogler, Ph.D.
William H. Sack, M.D.
Ihsan Salloum, M.D., M.P.H.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D.
Catherine L. Shisslak, Ph.D.
Ronald C. Simons, M.D., M.A.
Jeanne M. Spurlock, M.D.
Nicolette Teufel, Ph.D.
James W. Thompson, M.D., M.P.H.
Wen-Shing Tseng, M.D.
Mitchel Weiss, M.D., Ph. D.
Joseph Westermeyer, M.D., Ph.D., M.P.H.
Charles Wilkinson, M.D.
Ronald M. Wintrob, M.D.
Joseph Yamamoto, M.D.

**Consilierii pentru Problemele de Familie/Relaționale**
James Alexander, Ph.D.
Arthur M. Bodin, Ph.D.
Robert Butler, M.D.
Patricia Chamberlain, Ph.D.
Dante Cichetti, Ph.D.
John Clarkin, Ph.D.
Daniel Corwin, M.D.
Mark R. Ginsberg, Ph.D.
Michael J. Goldstein, Ph.D.
Herta A. Guttman, M.D.
Michael D. Kahn, Ph.D.
Sandra Kaplan, M.D.
Florence Kaslow, Ph.D.
John F. Knutson, Ph.D.
Judy Magil, M.S.W.
David Milkowitz, Ph.D.
K. Daniel O'Leary, Ph.D.
David Olson, Ph.D.
David Pelcovitz, Ph.D.
Angus M. Strachan, Ph.D.
Terry S. Trepper, Ph.D.
Lyman C. Wynne, M.D., Ph.D.
Ramsy Yassa, M.D.

**Consilierii pentru Problemele Medico-Legale**
Paul S. Appelbaum, M.D.
James C. Beck, M.D.
Lewis M. Bloomingdale, M.D.
Richard Bonnie, J.D.
Jeffrey Lee Cummings, M.D.
Jeffrey Geller, M.D.
Robert P. Granacher, M.D., Ph.D.
Thomas Gordon Gutheil, M.D.
Abraham L. Halpern, M.D., Ph.D.
Steven Ken Hoge, M.D.
Stuart Kleinman, M.D.
Jeffrey L. Metzner, M.D.
Charles A. Meyer, Jr., M.D.
Robert David Miller, M.D., Ph.D.
Mark Richard Munetz, M.D.
Stanley L. Portnow, M.D., Ph.D.
Phillip Jacob Resnick, M.D.
Richard Rosner, M.D.

Daniel W. Shuman
Larry H. Strasburger, M.D., Ph.D.
Kenneth Jay Weiss, M.D.
Howard Zonana, M.D.

**Consilierii pentru Tulburările de Mișcare induse de Medicamente**
Gerard Addonizio, M.D.
Lenard Adler, M.D.
Burt Angrist, M.D.
Ross J. Baldessarini, M.D.
Stanley N. Caroff, M.D.
Daniel Casey, M.D.
Jeffrey Lee Cummings, M.D.
Georges Gardos, M.D.
Allen Gelenberg, M.D.
James Jefferson, M.D.
Dilip V. Jeste, M.D.
John M. Kane, M.D.
Paul E. Keck, M.D.
James Levenson, M.D.
Stephan C. Mann, M.D.
Ananda K. Pandurangi, M.D.
Patricia Rosebuch, M.D.
Virginia Susman, M.D.
Peter Weiden, M.D.
Ramsy Yassa, M.D.

**Consilierii Grupului Operativ pentru DSM-IV**
Boris M. Astrachan, M.D.
Robert Avant, M.D.
Jeanette Bair, B.S., M.B.A.
W. Robert Beavers, M.D.
Jeffrey Bedrick, M.D.
Carl Bell, M.D.
Ellen Berman, M.D.
Eugene Broadhead, M.D., Ph.D.
Laura Brown, Ph.D.
Robert P. Cabaj, M.D.
Robert Cahan, M.D.
Robert Chiarello, M.D.
William D. Clark, M.D.
Steven Cohen-Cole, M.D.
Lee Combrinck-Graham, M.D.
Vicky Conn, R.N.
Harris Cooper, Ph.D.
Michael Crouch, M.D.
Alan Daniels
Frank deGruy, M.D.
Susan Dime-Meenan
Stacy Donovan, B.A.
Richard Dudley, M.D.
Suzanne Dworak-Peck
Bruce Emery, A.C.S.W.
Spencer Falcon, M.D.
Louis Fine, M.D.
Susan Fine, M.A.
Rita Finnegan, R.R.A.
Gerald H. Flamm, M.D.
Laurie Flynn, B.A.
Raymond D. Fowler, Ph.D.
Richard Frances, M.D.
Jack Froom, M.D.
Robert W. Gibson, M.D.
Junius Gonzales, M.D.
Raphael S. Good, M.D.
Robert C. Green, M.D.
Larry P. Griffin, M.D.
Claire Griffin-Francell, R.N.
Alfred Harkley, M.D.
Norman B. Hartstein, M.D.
Ann Hohmann, Ph.D.
Theodore Hutchinson, M.D.
Dale Johnson, Ph.D.
John E. Joyner, M.D.
Harold Kaminetzky, M.D.
Ira Katz, M.D.
Jerald Kay, M.D.
Kelly Kelleher, M.D.
Helena Kraemer, Ph.D.
John J. LaFerla, M.D.
Marion Langer, Ph.D.
Martha Lasseter, R.R.A.
Philip Lavori, Ph.D.
Lawrence N. Lazarus, M.D.
Harriet Lefley, Ph.D.
James Levenson, M.D.
Frank Ling, M.D.
Mack Lipkin, M.D.
Don-David Lusterman, Ph.D.
Richard M. Magraw, M.D.
Kathryn Magruder, Ph.D., M.P.H.
Dale Matthews, M.D.
Chuck Miles, M.D.

Sheldon I. Miller, M.D.
Paul D. Mozley, M.D.
Kathi Pajer, M.D.
Joseph Palombi, M.D.
Robert C. Park, M.D.
Elaine Purpel, M.S.W.
Peter Rabins, M.D.
Anthony Radcliffe, M.D.
Richard Rahe, M.D.
Peter Rapo, M.D.
Marilyn Rosenson, M.D.
Marshall Rossman, M.D.
Donald J. Scherl, M.D.
Sidney H. Schnoll, M.D.
Diana Seebold, R.R.A.
Charles A. Shamoian, M.D., Ph.D.
Steven Sharfstein, M.D.
J.Gegory Shea
Alfred Skinner, M.D.
William W. Snavely
Janet T. Spence
Leon Speroff, M.D.
Emanuel Steindler,
Melvin Stern, M.D.
James E. Strain, M.D.
Rev. Paul C. Tomlinson
Michael B. Unhjem
Jerome Vaccaro, M.D.
Jeanne Van Riper, A.R.T.
Alan J. Wabrek, M.D.
Lenore B. Walker, Ed.D.
Steven Wartman, M.D.
Robert Weinrieb, M.D.
Robert Weinstock, Ph.D.
Bryant Welch, Ph.D.
Eleanor White, Ph.D.
Robert L. Williams, M.D.
Mark Wolraich, M.D.
David Youngs, M.D.

## Consilierii internaționali

Grupul Operativ pentru DSM-IV a cerut opinia unei largi categorii de experți din toate țările. Contribuția experților din alte țări a ajutat la asigurarea sensibilității culturale, la aplicabilitatea de către profesioniștii în sănătate mentală din alte țări și la o mai mare compatibilitate cu CIM-10. Experții din alte țări au consiliat atât Grupul Operativ, cât și Grupurile de Lucru.

Christer Allgulander, M.D. (Suedia)
Paulo Alterwain, M.D. (Uruguay)
Antonio Andreoli, M.D. (Elveția)
Jules Angst,M.D. (Elveția)
Beng-Ake Armelius, Ph.D. (Elveția)
Marie Åsberg, M.D. (Suedia)
Tolani Asuni, M.D. (Nigeria)
Sidney Benjamin, M.D., M.Phil. (Anglia)
Mark Berelowitz, M.D. (Anglia)
Peter Berner, M.D. (Austria)
Aksel Bertelsen, M.D. (Danemarca)
Peter Beumont, M.D. (Australia)
Istvan Bitter, M.D. (Ungaria)
Ray Blanchard, Ph.D. (Canada)
Daniel Bobon (Belgia)
Jacek Bomba, M.D. (Polonia)
Kenneth Bowers, Ph.D. (Canada)
Susan Bradley, M.D. (Canada)
Jack Brandes, M.D. (Canada)
Ian Brockington, M.D. (Anglia)
Graham Burrows,M.D. (Australia)
Patricia Casey,M.D. (Irlanda)
Giovanni Cassano, M.D. (Italia)
Doo Young Cho, M.D. (Coreea)
David M. Clark, Ph.D. (Anglia)
John E. Cooper, M.D. (Anglia)
Peter J. Cooper, M.D. (Anglia)
David Copolov, M.D. (Australia)
Jorge Costa e Silva, M.D. (Brazilia)
Arthur H. Crisp, M.D. (Anglia)
Stanislaw Dabrowski, M.D. (Polonia)
Adrian Dafunchio, M.D. (Argentina)
Alv A. Dahl, M.D. (Norvegia)
Christine Dean, M.D.(Anglia)
Horst Dilling, M.D. (Germania)

Keith Stephen Dobson, M.D. (Canada)
Griffith Edwards, M.D. (Anglia)
Christopher Fairburn, M.D. (Anglia)
François Ferrero, M.D. (Elveția)
Manfred Fichter, M.D. (Germania)
Martine Flament, M.D. (Franța)
Chris Freeman, M.D. (Scoția)
Harold Freyberger, M.D. (Germania)
Akira Fujinawa, M.D. (Japonia)
Paul Garfinkel, M.D. (Canada)
Michel Gelder, M.D. (Anglia)
Semyon Gluzman, M.D. (fosta URSS)
Judith H. Gold, M.D. (Canada)
Marcus Grant, Ph.D. (Elveția)
Herta A. Guttman, M. D. (Canada)
Heinz Hafner, M. D. (Germania)
Robert Hare, Ph. D. (Canada)
Lily Hechtman, M. D. (Canada)
Michiel W. Hengeveld, M. D., Ph. D. (Olanda)
C. Peter Herman, Ph. D. (Canada)
Hans Hippius, M. D. (Germania)
Willem M. Hirs, M. D. (Olanda)
Teo Seng Hock, M. D. (Singapore)
Hans W. Hoek, M. D., Ph. D. (Olanda)
Yoshiko Ikeda, M. D. (Japonia)
Assen Jablensky, M. D. (Bulgaria)
Aleksander Janca, M. D. (Elveția)
Philippe Jeammet, M. D. (Franța)
Karen John, M. D. (Anglia)
Miguel Jorge, M. D., Ph. D. (Brazilia)
Ross S. Kalucy, M. D. (Australia)
Marianne Kastrup, M. D., Ph. D. (Danemarca)
Heinz Katschnig, M. D. (Austria)
Justin Kenardy, Ph. D. (Australia)
Robert Kendell, M. D. (Scoția)
Sid Kennedy, M. D. (Canada)
Renard Knabbe, M. D. (Elveția)
Vladimir Kovalev, M. D. (fosta URSS)
Evsey Krasik, M. D. (fosta URSS)
Yves LeCrubier, M. D. (Franța)
Pierre Leichner, M. D. (Canada)
Jill Leolbonne, M. D. (Anglia)
Bernard Lerer, M. D. (Israel)
Aubrey Levin, M. D. (Africa de Sud)
Paul Links, M. D. (Canada)
Zbigniew Lipowski, M. D. (Canada)
Alwyn Lishman, M. D. (Anglia)
W. John Livesley, M. D. (Canada)
J. López-Ibor, Jr., M. D. (Spania)
Mario Maj, M. D. (Italia)
Felice Lieh Mak (China)
Nikolas Manos, M. D. (Grecia)
Isaac Marks, M. D. (Anglia)
Alexander C. McFarlane, M.B.B.S. (Hons), M. D. (Australia)
Patrick McGorry, M.B.B.S. (Australia)
Julien Mendelewicz, M. D. (Belgia)
Klaus Minde, M. D. (Canada)
Harvey Moldofsky, M. D. (Canada)
Maristela Monteiro, M. D. (Brazilia)
Stuart Montgomery, M. D. (Anglia)
Ole Mors, M. D. (Danemarca)
Alistair Munroe, M. D. (Canada)
Gulam Mustafa, M. D. (Kenya)
Yoshibumi Nakane, M. D. (Japonia)
W.A. Nolen (Olanda)
Claes Norring, Dr. Med.Sc. (Suedia)
Yuri Nuller (fosta URSS)
Ahmed Okasha, M. D. (Egipt)
Yuji Okazaki, M. D. (Japonia)
Yutaka Ono, M. D. (Japonia)
Alfonso Ontiveros, M. D., M.Sc. (Mexic)
Stein Opjordsmoen, Ph. D. (Norvegia)
John Orley, M. D. (Elveția)
Lars Goran Ost, Ph. D. (Suedia)
Stefano Pallanti, M. D. (Italia)
Joel, Paris, M. D. (Canada)
Gordon Parker, M. D. (Austria)
Eugene Paykel, M. D. (Anglia)
Kok Lee Peng, M. D. (Singapore)
Uwe Henrick Peters, M. D. (Germania)
Carlo Perris, M. D. (Suedia)
Pierre Pichot, M. D. (Franța)
Andrzej Piotrowski, M. D. (Polonia)
Karl Pirke, M. D. (Germania)
Janet Polivy, Ph. D. (Canada)
Charles Pull, M. D. (Luxemburg)
Kari Pylkkanen, M. D. (Finlanda)

Juan Ramon de la Fuente, M. D. (Mexic)
Beverley Raphael, M. D. (Australia)
Robert Reid, M. D. (Canada)
Helmut Remschmidt (Germania)
Nils Rettersol, M. D. (Norvegia)
Joseph M. Rey, Ph. D. (Australia)
Jeffrey C. Richards, Ph. D. (Australia)
Antonio A. Rizzoli, M. D. (Italia)
Paul Robinson, M. D. (Anglia)
Sir Martin Roth, M. D. (Anglia)
Byron Rourke, Ph. D. (Canada)
Gerald Russell, M. D. (Anglia)
Sir Michael Rutter, M. D. (Anglia)
Javier Saavedra, M. D. (Peru)
Paul Salkovskis, Ph. D. (Anglia)
Norman Sartorius, M. D., Ph. D. (Elveția)
John Saunders, M. D. (Australia)
Aart H. Schene, M. D. (Olanda)
Marcus Fini Schulsinger, M. D. (Danemarca)
Jan Scott, Ph. D. (Anglia)
Ruben Hernandez Serrano, M. D. (Venezuela)
Michael Shepard, M. D. (Anglia)
Erik Simonsen, M. D. (Danemarca)
Cees J. Slooff, M. D. (Olanda)
Constantin R. Soldatos, M. D. (Grecia)
Zahava Solomon, M. D. (Israel)
Marin Stancu, M. D. (România)
Meir Steiner, M. D., Ph. D. (Canada)
Donna Stewart, M. D. (Canada)
Eric Stromgren, M. D. (Danemarca)
Peter Szatmari, M. D. (Canada)
George Szmukler, M. D. (Anglia)
Alex Tarnopolsky, M. D. (Canada)
Christopher Tennant, M. D. (Australia)
Sten Theander, M. D. (Suedia)
Pekka Tienari, M. D. (Finlanda)
Svenn Torgensen, M. D. (Norvegia)
Peter Trower, Ph. D. (Anglia)
Eldon Tunks, M. D. (Canada)
Peter Tyrer, M. D. (Anglia)
T. Bedirhan Ustun, M. D. (Elveția)
Per Vaglum, M. D. (Norvegia)
Walter Vandereycken, M. D. (Belgia)
Jenny Van Drimmelen-Krabbe, M. D. (Elveția)
J.T. van Mens, M. D. (Olanda)
David Veale, M.R.C.Psych. (Anglia)
F. C. Verhulst (Olanda)
Marcio Versiani, M. D. (Brazilia)
Marten W. de Vries, M. D. (Olanda)
Dermont Walsh, M.B. (Irlanda)
Winny Weeda-Mannak, Ph. D. (Olanda)
John S. Werry, M. D. (Noua Zeelandă)
Hans Ulrich Wittchen, Ph. D. (Germania)
Ramsy Yassa, M. D. (Canada)
Derson Young, M. D. (China)
Michael Zaudig, M. D. (Germania)
Joseph Zohar, M. D. (Israel)
Kenneth J. Zucker, Ph. D. (Canada)
Roberto Llanos Zuloaga, M. D. (Peru)

## Proiectele de testare în teren centrate pe DSM-IV

Proiectele de testare în teren elaborate de Institutul Național de Sănătate Mentală în colaborare cu Institutul Național pentru Abuzul de Drog și Institutul Național pentru Abuzul de Alcool și Alcoolism au fost o sursă extrem de importantă de date și au contribuit în mare măsură la calitatea DSM-IV. Exprimăm mulțumirile noastre lui Darrel Regier, M.D., M.P.H., Director al Diviziei de Epidemiologie și Cercetare Servicii, și lui Charles Kaebler, M.D., Inspector de Proiect, pentru ajutorul și profesionismul lor. Mulțumim, de asemenea, următorilor participanți la testarea în teren:

Investigator principal
Allen Frances, M. D.

Investigator co-principal
Harold Alan Pincus, M. D.

**Coordonator al testării în teren**
Myriam Kline, M.S.

**Statistician Consultant**
Helena Kraemer, Ph. D.

**Testarea în teren a Tulburării de Personalitate Antisociale**
*Director de proiect*
Thoman A. Widiger, Ph.D

*Coordonatori locali*
Arthur Alterman, Ph.D.
Remi J. Cadoret, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Lee Robins, Ph.D.
George E. Woody, M.D.
Mary C. Zanarini, Ed.D.

**Testarea în teren a Autismului și Tulburărilor de Dezvoltare Pervasivă**
*Director de proiect*
Fred Volkmar, M.D. (de asemenea, și coordonator local)

*Coordonatori locali*
Magda Campbell, M.D.
B. J. Freeman, Ph.D.
Ami Klin, Ph.D.
Catherine Lord, Ph.D.
E. Ritvo, M.D.
Sir Michael Rutter, M.D.
Eric Schopler, Ph.

*Coordonatori locali, locuri voluntare*
Joel Bregman, M.D.
Jan Buitelaar, M.D.
Soo Churl Cho, M.D.
Eric Fombomnne, M.D.
Joaquin Fuentes, M.D.
Yossie Hattab, M.D.
Yoshihiko Hoshino, M.D.
J. Kerbeshian, M.D.
William Kline, Ph.D.
Katherine Loveland, Ph.D.
Bryna Siegel, Ph.D.
Wendy Stone, M.D.
Peter Szatmari, M.D.
Ludwig Szymanski, M.D.
Kenneth Towbin, M.D.
John S. Werry, M.D.

**Testarea în teren a Tulburării de Comportament Disruptiv**
*Director de proiect*
Benjamin Lahey, Ph.D. (de asemenea, și coordonator local)

*Coordonatori locali*
Russell Barkley, Ph.D.
Joseph Biederman, M.D.
Barry Garfinkel, M.D.
Laurence Greenhill, M.D.
George Hynd, Ed.D.
Keith McBurnett, Ph.D.
Jeffrey Newcorn, M.D.
Thomas Ollendick, Ph.D.

*Coordonatori locali, locuri voluntare*
Paul Frick, Ph.D.
Peter Jensen, M.D.
Lynn Kerdyk, Ph.D.
John Richters, Ph.D.

*Coordonator de date*
Dorcas Perez, B.A.

**Testarea în teren a Depresiei Majore, Distimiei și Tulburării Depresive Minore**
*Director de proiect*
Martin B. Keller, M.D. (de asemenea, și coordonator local)

*Codirectori de proiect*
Michael B. First, M.D.
James Kocsis, M.D. (de asemenea, și coordonator local)

*Coordonatori locali*
Robert M.A. Hirschfeld, M.D.
Charles Holzer, Ph.D.
Gabor Keitner, M.D.
Daniel Klein, Ph.D.
Deborah Marin, M.D.
James P. McCullough, Ph.D.
Ivan Miller, Ph.D.
Tracie Shea, Ph.D.

*Coordonatori de date*
Diane Hanks, M.A.
Cordelia Russell, B.A.

**Testarea în teren a Tulburării Depresiv-Anxioase Mixte**
*Directori de proiect*
David H. Barlow, Ph.D. (de asemenea, și coordonator local)
Michael R. Liebowitz, M.D. (de asemenea, și coordonator local)
Richard Zinbarg, Ph. D. (de asemenea, și coordonator local)

*Coordonatori locali*
Phil Brantley, Ph. D.
Eugene Broadhead, M. D., Ph. D.
Wayne Katon, M. D.
Jean-Pierre Lepine, M. D.
Jeffrey C. Richards, Ph. D.
Peter Roy-Byrne, M. D.
Linda Street, Ph. D.
Mardjan Teherani, Ph. D.

**Testarea în teren a Tulburării Obsesivo-Compulsive**
*Director de proiect*
Edna Foa, Ph.D. (de asemenea, și coordonator local)

*Coordonatori locali*
Jane Eisen, M.D.
Wayne Goodman, M.D.
Hella Hiss, Ph.D.
Eric Hollander, M.D.
Michael Jenike, M.D.
Michael J. Kozak, Ph.D.
Steven Rasmussen, M.D.
Joseph Ricciardi, Ph.D.
Peggy Richter, M.D.
Barbara Rothbaum, Ph.D.

**Testarea în teren a Panicii**
*Director de proiect*
Abby Fyer, M. D. (de asemenea, și coordonator local)

*Codirector de proiect*
James C. Ballenger, M. D. (de asemenea, și coordonator local)

*Coordonatori locali*
David H. Barlow, Ph. D.
Michael Hollifield, M. D.
Wayne Katon, M. D.
Richard Swinson, M. D.

*Analiști de date*
Tim Chapman, M. Phil.
Salvatore Mannuzza, Ph. D.

*Coordonator de date*
Hilary Rassnick, M.A.

**Testarea în teren a Tulburării stresul Posttraumatic**
*Director de proiect*
Dean Kilpatrick, Ph. D. (de asemenea, și coordonator local)
Bessel van der Kolk, M. D. (de asemenea, și coordonator local)

*Coordonatori locali*
John Freedy, Ph. D.
Sandra Kaplan, M. D.
David Pelcovitz, Ph. D.
Patty Resick, Ph. D.
Heidi Resnick, Ph. D.
Susan Roth, Ph. D.

**Testarea în teren a Schizofreniei și Tulburărilor Psihotice Afine**
*Directori de proiect*
Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D. (de asemenea, și coordonator local)
Michael A. Flaum, M.D. (de asemenea, și coordonator local)

*Coordonatori locali*
Xavier Amador, Ph.D.
H. Stefan Bracha, M.D.
William Edell, Ph.D.
Jack Gorman, M.D.
Kenneth S. Kendler, M.D.
Jeffrey Lieberman, M.D.
Thomas McGlashan, M.D.
Ananda K. Pandurangi, M.D.
Delbert Robinson, M.D.

*Coordonatori locali, locuri voluntare*
Patrick McGorry, M.B.B.S.

Alfonso Ontiveros, M.D., M.Sc.
Mauricio Tohen, M.D.

**Testarea în teren a Tulburărilor de Somn**
*Directori de proiect*
Daniel Buysse, M.D. (de asemenea, și coordonator local)
David J. Kupfer, M.D.
Charles F. Reynolds III, M.D.

*Coordonatori locali*
Edward Bixler, M.D.
Peter Hauri, Ph.D.
Anthony Kales, M.D.
Rocco Manfredi, M.D.
Thomas Roth, Ph.D.
Edward Stepanski, Ph.D.
Michael Thorpy, M.D.

*Coordonator date*
Debbie Mesiano, B.S.

**Testarea în teren a Tulburării de Somatizare**
*Director de proiect*
C. Robert Cloninger, M.D.

*Coordonatori locali*
Samuel B. Guze, M. D.
Roger Kathol, M. D.
Ronald L. Martin, M. D.
Richard Smith, M. D.
James J. Strain, M. D.
Sean Yutzy, M. D.

**Testarea în teren a Uzului unei Substanțe**
*Directori de proiect*
Linda Cottler, Ph. D. (de asemenea, și coordonator local)
John E. Helzer, M. D.
Marc Alan Schuckit, M. D. (de asemenea, și coordonator local)

*Coordonatori locali*
Thomas Crowley, M. D.
John R. Hughes, M. D.
George E. Woody, M. D.

*Coordonatori locali, locuri voluntare*
Jean-Pierre Lepine, M. D.

## Proiectul MacArthur de reanalizare a datelor

Proiectele de reanalizare a datelor susținute de generoasa donație a lui John D. and Catherine T. MacArthur Foundation oferă o bază de date pentru o cercetare extensivă. Multe mulțumiri lui Denis Prager de la Fundație pentru imensul său ajutor. Sincerele noastre aprecieri următoarelor persoane care au condus proiectele de reanalizare a datelor:

**Investigator principal**
Allen Frances, M.D.

**Investigatori coprincipali**
Harold Alan Pincus, M.D.
Thomas A. Widiger, Ph.D.

**Tulburările anxioase**
David H. Barlow, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Thomas Burton, B.A.
Michelle G. Graske, Ph.D.
George C. Curtis, M.D.
Peter A. DiNardo, Ph.D.
Abby Fyer, M.D.
Robin Garfinkel, Ph.D.
Richard Heimberg, Ph.D.
Elizabeth M. Hill, Ph.D.
Cristopher D. Horning, B.A.
Ewald Horwath, M.D., M.S.C.
James Jonson, Ph.D. (decedat)
Harlan Juster, Ph.D.
Wayne Katon, M.D.
Gerald L. Kleman, M.D. (decedat)
Karen Law, B.A.
Andrew Leon, Ph.D.
Michael R. Liebowitz, M.D.
Salvatore Mannuzza, Ph.D.

Jill Mattia, M.A.
Eryn Oberlander, M.D.
Susan Orsillo, M.A.
Peter Roy-Byrne, M.D.
Paul Salkovskis, Ph.D.
Franklin Schneier, M.D.
Samuel M. Turner, Ph.D.
Myrna M. Weissman, Ph.D.
Susan I. Wolk, M.D.
Robert Zarate, M.A.

**Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive**
Michael O. Colvin, M.D.
Marshall Folstein, M.D.
Gary Lloyd Gottlieb, M.D.
Dilip V. Jeste, M.D.
Sue Levkoff, D.S.C.
Benjamin Liptzin, M.D.
George W. Rebok, Ph.D.
David Salmon, Ph.D.
Leon Thal, M.D.

**Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență**
Broks Applegate, Ph.D.
Gerald August, Ph. D.
Susan J. Bradley, M.D.
Joel Bregman, M.D.
Patricia Cohen, Ph.D.
Michael Flory, Ph.D.
Susan Folstein, M.D.
Eric Fombonne, M.D.
Barry Garfinkel, M.D.
Richard Green, M.D., J.D.
Stephanie M. Green, M.S.
Jane E. Hood, M.A.
Kate Keenan, M.S.
Benjamin Lahey, Ph.D.
Marion Leboyer, M.D.
Rolf Loeber, Ph.D.
Catherine Lord, Ph.D.
John McLennan, M.D.
Nancy Minshew, M.D.
Rhea Paul, Ph.D.
Andrew Pickles, Ph.D.
Howard M. Rebach, Ph.D.
Mary F. Russo, Ph.D.
Sir Michael Rutter, M.D.
Eric Schopler, Ph.D.
Cristopher Thomas, M.D.
Fred Volkmar, M.D.
Katherine Williams, Ph.D.
Kenneth J. Zucker, Ph.D

**Tulburările de comportament alimentar**
Arnord Anderson, M.D.
Christopher Fairburn, M.D.
Martine Flament, M.D.
Paul Garfinkel, M.D.
Dean Kilpatrick, Ph.D.
James Mitchell, M.D.
G. Terence Wilson, Ph.D.
Steven Wonderlich, M.D.

**Tulburările afective**
Gregory Asnis, M.D.
Mark S. Bauer, M.D.
Diane Bynum
Joseph Calabrese, M.D.
William Coryell, M.D.
David Dunner, M.D.
Ellen Frank, Ph.D.
Laszlo Gyulai, M.D.
Martin B. Keller, M.D.
James Kocsis, M.D.
Philip Lavori, Ph.D.
Yves LeCrubier, M.D.
Robert M. Post, M.D.
Samuel J. Simmens, Ph.D
Stuart Sotsky, M.D.
Dan L. Tweed, Ph.D.
Lindsey Tweed, M.D.
Peter C. Whybrow, M.D.
Sharon Younkin

**Tulburările de personalitate**
Emil F. Coccaro, M.D.
Mark Davies, M.D.
Michael B. First, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Theodore Millon, Ph.D.
Vivian Mitropoulou, M.A.
Leslie Morey, Ph.D.

Bruce Pfohl, M.D.
Larry J. Siever, M.D.
Jeremy M. Silverman, Ph.D.
Andrew Edward Skodol II, M.D.
Timothy Trull, Ph.D.
Thomas A. Widiger, Ph.
Mary C. Zanarini, Ed.D.

**Tulburarea disforică premenstruală**
Ellen Frank, Ph.D
Ellen W. Freeman
Leslie Gise, M.D.
Judith H. Gold, M.D.
Barbara Parry, M.D.
Paula Schnurr, Ph.D.
Sally Severino, M.D.
John Steege, M.D.
Meir Steiner, M.D., Ph.D.

**Tulburările psihiatrice de interfață a sistemelor (tulburările de adaptare, disociative, factice, de control al impulsului și somatoforme, și factorii psihologici care afectează condiția medicală)**
Henry R. Lesieur, M.D.
Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Jeffrey Newcorn, M.D.
David A. Spiegel, M.D.
James J. Strain, M.D.

**Schizofrenia și alte tulburări psihotice**
Nancy Coover Andreasen, M.D., Ph.D.
Gretchen Haas, Ph.D.
Jeffrey Lieberman, M.D.
Patrick McGorry, M.B., B.S.
Keith Neuchterlein, Ph.D.
Mauricio Tohen, M.D.

**Tulburările de somn**
Daniel Buysse, M.D.
Charles, F. Reynolds III, M.D.

**Tulburările în legătură cu o substanță**
John Cacciola, Ph.D.
Linda B. Cottler, Ph.D.
John E. Helzer, M.D.
Rumi Price, Ph.D.
Lee Robin, Ph.D.
Marc Alan Schuckit, M. D.
George E. Woody,M.D.

## Testarea în teren a valabilității (Reliability) generale sponsorizată de Fundația MacArthur

Cum DSM-IV este publicat, un proiect adițional sponsorizat de John O. and Catherine T. MacArthur va oferi informații suplimentare referitoare la validitatea criteriilor DSM-IV. Proiectul de testare în teren înregistrat pe videocasetă este așteptat a fi terminat în 1995. Mulțumirile noastre următoarelor persoane care au participat la proiect:

**Investigatori principali**
Allen Franes, M.D.
James W. Thompson, M.D., M.P.H.

**Investigatori coprincipali**
Harold Alan Pincus, M.D.
Michael B. First, M.D.
Michael A. Flaum, M.D.
Anthony F. Lehman, M.D., M.S.P.H.

**Participanți la testare**
Xavier Amador, Ph.D.
Nancy Cover Andersen, M.D., Ph.D.
F. M. Baker, M.D.
Donald W. Black, M.D.
Carlos S. Castillo, M.D.
Scott C. Clark, M.D.
William Coryell, M.D.
Lisa B. Dixon, M.D.

Jack E. Downhill, Jr., M.D.
Katherine P. Duffy, M.D.
Jean Endicott, Ph.D.
Michael A. Fauman, M.D., Ph.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Jack Gorman, M.D.
Paul E. Hogsten, M.D.
Michael L. Jeffries, M.D.
Douglas Langbehn, M.D.
Joseph Liberto, M.D.
David B. Mallot, M.D.
Del D. Miller, Pharm.D., M.D.
Lewis A. Opler, M.D., Ph.D.
Jill A. RachBeisel, M.D.
Robert P. Schwartz, M.D.
Andrew Edward Skodol II, M.D.
David H. Strauss, M.D.
Scott Stuart, M.D.
Janet B. W. Williams, D.S.W.
Catherine Woodman, M.D.

**Coordonator de proiect**
Jennifer Norbeck, M.S.W.

**Consultant Video**
Vincent Clayton, M.A.

## Participanții la faza de experți

Următorii reprezintă participanții la proiect în momentul în care DSM-IV pleca la tipar. S-a anticipat că și alte locuri și persoane se vor alătura proiectului.

Jonathan Alpert, M.D.
Katherine Attala, M.D.
David Avery, M.D.
Monica Ramirez Basco, Ph.D.
Mark S. Bauer, M.D.
(de asemenea, coordonator local)
Thomas F. Beltzer, M.D.
Melanie Biggs, Ph.D. (de asemenea, (coordonator local)
Robert J. Bishop, M.D.
Danielle Bordeau, M.D.
Malcolm B. Bowers, Jr ., M.D.
Gary Bruss, M.D.
Peter Buckley, M.D.
Deborah S. Cowley, M.D.
Brian Cox, M.D.
James David, M.D. .
Collette De Marneffe, Ph. D.
Judith Dogin, M.D.
Seda Ebrahimi, Ph.D. .
Jane Eisen, M.D. . Maurizio Fava, M.D.
Paul Federoff, M. D.
Mark K. Fulton, M. D.
Diego Garcia/Borreguero, M. D
Roya Ghadimi, M. D.
David S. Goldbloom, M. D.
Reed D. Goldstein, Ph. D.
(de asemenea, și coordonator local) .
Micael Golinkoff, Ph. D.
Peter Goyer, M. D
Alan M. Gruenberg, M. D.
Michael Henry, M.D.
Selby C. Jacobs, M. D.
J. Joel Jeffries, M. B.
(de asemenea, și coordonator local)
Sheri Johnson, Ph. D.
Kathleen Kim, M.D., M.P.H.
Carolyn M. Mazure, Ph.D.,
(de asemenea, și coordonator local)
Joseph McEvoy, M.D.
Arnold Merrimam, M.D.
Timothy I. Mueller, M. D.
Andrew Nierenberg,M.D.
Michael Otto, Ph.D
Michelle Pato, M.D.
Joel Pava, M D.
Katharine Ann Philips, M.D.
(de asemenea, coordonator local)
Mark Pollak, M.D.
Horatio Preval, M.D.
(de asemenea, coordonator local)
David W. Preven, M.D.
(de asemenea, coordonator local)
Richard Ries, M. D.
Robert C. Risinger, M.D.
Robert Ronis, M.D
Jerrold F. Rosenbaum, M. D.
(de asemenea, și coordonator local)

Peter Roy-Byrne, M. D.
(de asemenea, și coordonator local)
Mark Schmidt, M.D.
(de asemenea, și coordonator local)
S. Charles Schulz, M. D.
Bruce Schwartz, M. D.
Michael Schwartz, M. D.
(de asemenea, și coordonator local)
Michael J. Sernyak, M. D.
Richard Swinson, M. D.
Madhukar H. Trivedi, M. D.
Andrea weiss, M.D.
Kerrin White, M.D.
Lawrence Wilson, M. D.
Michael Schwartz, M. D.
John Worthington, M. D.
Joan Youchah, M. D.

## Alte organizații de sănătate

La demararea proiectului, Grupul Operativ pentru DSM-IV a invitat peste 60 asociații de sănătate să-și desemneze reprezentanții de legătură cu Grupul Operativ pentru a confirma deschiderea procesului de revizuire precum și faptul că este reprezentată o varietate de puncte de vedere. Asociațiile listate mai jos și-au desemnat reprezentanții, aceștia primind în mod regulat comunicări de la Grupurile de Lucru și de la Grupul Operativ.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
American Academy of Family Physicians
American Academy of Pediatrics
American Academy of Psychiatrist in Alcoolism and Addictions
American Academy of Psychiatry and the Law
American Association for Geriatric Psychiatry
American Association for marriage and Family Therapy
American Association of Chairmen of Departments of Psychiatry
American Association of Directors of Psychiatric Residency Training
American Association of Psychiatric Administrators
American Board of Family Practice
American College of Obstetricians and Ginecologists
American College of Psysicians
American Group Psychotherapy Association
American Health Information Management Association
American Medical Society on Alcohol and Other Drug Dependencies
American Nurses' Association
American Occupational Therapy Association
American Psychoanalytic Association
American Psychological Association
American Psychological Society
American Psychosomatic Society, Inc.
American Society for Adolescent Psychiatry
Association of Departments of Family Medicine
Association of Gay and Lesbian Psychiatrists
Association of Mental Health Clergy
Coalition for the Family
Group for the Advancement of Psychiatry
National Alliance for the Mentally Ill
National Association of Social Workers
National Association of Veterans Affairs Chiefs of Psychiatry
National Center for Health Statistics
National Council of Community Mental Health Centers
National Depressive and Manic Depressive Association
National Medical Association
National Mental Health Association
Society of General Internal Medicine
Society of Teachers of Family Medicine
World Health Organization

Anexa K

# Consilierii pentru revizuirea textului DSM-IV

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor Anxioase

Lisa Amaya-Jackson, M.D.
Martin M. Antony, Ph.D.
David Barlow, Ph.D.
J. Gaile Beck, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Thomas Borkovec, Ph.D.
Brian Cox, Ph.D.
Jonathan R.T. Davidson, M.D.
Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.
Wayne Katon, M.D.
Michael R. Liebowitz,M.D.
R. Bruce Lydiard, Ph.D., M.D.
Richard J. McNally, Ph.D.
Peter P. Roy-Birne, M.D.
Paula P. Schnurr, Ph.D.
Manuel Tancer, M.D.
Steven Taylor, Ph.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Deliriumului, Demenței, Tulburărilor Amnestice și al Altor Tulburări Cognitive, și al Tulburărilor Mentale Datorate unei Condiții Medicale Generale

William Breitbart, M.D.
Martin Cole, M.D.
Sanford Finkel, M.D.
Marshall Folstein, M.D.
Igor Grant, M.D.
James Levenson, M.D.
Susan Levkoff, Sc.D.
Benjamin Liptzin, M.D.
Jacobo E. Mintzer, M.D.
Michael K. Popkin, M.D.
Peter V. Rabins, M.D.
Gary W. Small, M.D.
Friedrich Stiefel, M.D.
Gary J. Tucker, M.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului tulburărilor diagnosticate de regulă pentru prima dată în Perioada de Sugar, în Copilărie sau în Adolescență

Howard Abikoff, Ph.D.
Deborah C. Beidel, Ph.D.
Diane Benoit, M.D.
Boris Birmaher, M.D,
Caryn L. Carlson, M.D.
Gabrielle A. Carlson, M.D.
Paul Frick,Ph.D.
Cristopher Gillberg, M.D., Ph.D.
Laraine Masters Glidden, Ph.D.
Philip C. Kendall, Ph.D, A.B.P.P.
Benjamin Lahey, Ph.D.
Alan Lincoln, M.D.
Vera Loening-Bauck, M.D.
Catherine Lord, Ph.D.
Don Lynam, Ph.D.
Keith McBurnett, Ph.D.

Gary Mesibov, Ph.D.
Nancy Minshew, M.D.
Sally Ozonoff, Ph.D.
Rhea Paul, Ph.D.
John Piacentini, Ph.D.
John Pomeroy, M.D.
Byron Rourke, F.R.S.C.
Sir Michael Rutter, M.D.
John E. Schowalter, M.D.
Lary Silver, M.D.
Ludwik Szymanski, M.D.
Digby Tantam, F.R.C. Psych.
Lorna Wing, M.D.
Sula Wolff, F.R.C.P.
Joseph Woolston, M.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor de Comportament Alimentar

W. Stewart Agras, M.D.
Barton J. Blinder, M.D., Ph.D.
Cynthia M. Bulik, Ph.D.
Scott Crow, M.D.
Michael Devlin, M.D.
Christopher Fairburn, M.D.
Paul Garfinkel, M.D.
Katherine Halmi, M.D.
David Herzog, M.D.
Hans W. Hoek, M.D., Ph.D.
James Hudson, M.D.
David C. Jimerson, M.D.
Kenneth Kendler, M.D.
Sing Lee, F.R.C. Psych.
Marsha D. Marcus, Ph.D.
Marion P. Olmstead, Ph.D.
Albert Stunkard, M.D.
David Tobin, Ph.D.
Janet Treasure, M.D.
Walter Vandereycken, M.D.,Ph.D.
Joel Yager, M.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor Afective

Hagop Akiskal, M.D.
Lori L. Altshuler, M.D.
Ross J. Baldessarini, M.D.
Joseph Calabrese, M.D.
David L. Dunner, M.D.
Joseph Goldberg, M.D.
Paul E. Keck, M.D.
Daniel N. Klein, Ph.D.
James H. Kocsis, M.D.
Ellen Leibenluft, M.D.
Lawrence H. Price, M.D.
Gregory Simon, M.D.
Andrew Stoll,M.D.
Kimberly Yonkers, M.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor de Personalitate

Hagop Akiskal, M.D.
Arthur Alterman, Ph.D.
Lee Baer, Ph.D.
Roger Blashfield, Ph.D.
Robert Bornstein, Ph.D.
Paul Costa, Ph.D.
Allen Frances, M.D.
John Gunderson, M.D.
Robert Hare, Ph.D.
Daniel N.Klein, Ph.D.
Marjorie Klein, Ph.D.
Theodore Millon, Ph.D.

Gerald Nestadt,M.D.
John Oldham, M.D.
Joel Paris, M.D.
Katharine A. Phillips,M.D.
Paul Pilkonis, Ph.D.
James Reich, M.D., M.P.H.
Lee Robins, Ph.D.
Elsa Ronningstam, Ph.D.
Megam Rutherford, Ph.D.
Larry Siever,M.D.
Robert Spitzer, M.D.
Timothy Trull, Ph.D.
Peter Tyrer, M.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Tulburării Disforice Premenstruale

Jean Endicott, M.D.
Ellen Freeman, Ph.D.
Judith Gold, M.D.
Uriel Halbreich, M.D.
Barbara Parry, M.D
David Rubinow, M.D.
Nada l. Stotland, M.D., M.P.H.
Kimberly Yonkers, M.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului tulburărilor de interfață ale sistemelor psihiatrice Tulburările de Adaptare, Disociative, Factice, ale Controlului Impulsului și Somatoforme, și Factorii Psihologici care afectează Condiția Medicală)

Donald W. Black, M.D.
Michael Bond, K.B. M.B.
Elizabeth S. Bowman, M.D.
James D. Bremner, M.D.
Thomas Markham Brown, M.D.
Etzel Cardeña, Ph.D. P
Gary Christenson, M.D.
C. Robert Cloninger, M.D.
Philip Coons,M.D.
J.A. Cotterill, M.D.
Alan J. Cunnien, M.D.
Stuart Eisendrath, M.D.
David A. Fishbain
David Folks, M.D.
Victor Fornari, M.D.
Gregory Fritz, M.D.
Mahlon S. Hale, M.D.
Michael Jellinek, M.D.
Roger Kathol, M.D.
Nathaniel Katz, M.D.
Richard Kluft, M.D,
Robert Ladouceur, Ph.D.
Michel Lejoyeux, M.D., Ph.D.
David Veale, M.D.
Matti Virkkunen, M.D., Ph.D.
Henry Lesieur; Ph.D.
Roy Meadow, M.D., F.R.C.P
Harold Merskey, D.M., F.R.C.P. (C )
Juan Mezzich, M.D., Ph.D.
Fugen Neziroglu, Ph.D.
hilip Ninan, M.D,
Russel Portenoy, M.D.
Basant K Puri, M.A., M.B., B.Chir.
M.R.C. Psych.
Frank Putnasm, M.D.
Richard Rogers, Ph.D.
James Rosen, Ph.D.
Richard J. Rosenthal, M.D.
Colin A. Ross, M.D.
Loreen Rugle, Ph.D.
Elina Sarasola, M.D.
Daniel J. Stein, M.B.
Marlene Steinberg, M.D.
Maurice Steinberg, M.D
Alan Stoudemire, M.D.
Margaret Stuber, M.D.
Susan Swedo, M.D.
Eldon Tunks, M.D.
Thomas N. Wise

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Schizofreniei și Altor Tulburări Psihotice

Nancy Andreasen, M.D., Ph.D.
David Braff, M.D
Michaeline Bresnahan, Ph.D.
Jill M. Goldstein, Ph.D.
Michael Green, Ph.D.
John Hsiao, M.D.
Richard Keefe, Ph.D.
Dolores Malaspina, M.D, M.S.P.H.
Thomas McGlashan, M.D.
Henry Nasrallah, M.D.
Judith Rapoport, M.D.
Marc-Andre Roy, M.D.
Ezra Susser, M.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor Sexuale

Ray Blanchard, Ph.D.
Susan J. Bradley, M.D.
Peter Fagan, Ph.D.
Richard Green, M.D., J.D.
Stephen Levine, M.D.
Heino F.L. Meyer-bahlburg, Dr. rer.nat.
Raul Schiavi, M.D.
Leslie Schover, Ph.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor de Somn

Ronald D. Chervin, M.D., M.S.
Jack Edinger, Ph.D.
David J. Kupfer, M.D.
Clete Kushida, M.D., Ph.D.
Kenneth Lichstein, Ph.D.
Emmanuel Mignot, M.D., Ph.D.
Timothy H. Monk, Ph.D., D.Sc.
Charles Morin, Ph.D.
Quentin Regestein, M.D.
Martin Reite, M.D.
Charles Reynolds, M.D.
Leon Rosenthal, M.D.
Michael Sateia, M.D.
Edward Stepanski, Ph.D.
Michael Thorpy, M.D.
Alexandros Vgontzas, M.D.
James Walsh, Ph.D.
John Winkelman, M.D., Ph.D.
Phyllis Zee, M.D., Ph.D.

## Consilierii Grupului de Lucru pentru revizuirea textului Tulburărilor în legătură cu o Substanță

Enoch Gordis, M.D.
David Gorelik, M.D., Ph.D.
Bridget F. Grant, Ph.D.
Deborah Hasin, Ph.D.
Alan Leshner, Ph.D.
A. Thomas McLellan, Ph.D.
Peter Nathan, Ph.D.
Bruce Rousanville, M.D.
George Woody, M.D.

# Index


## A

Abstinența de substanțe, 201 (202)
*Vezi, de asemenea*, substanțele specifice după nume
abuz sau neglijare, Probleme de,
Abuzul fizic al adultului, 738
Abuzul fizic al copilului, 738
Abuzul sexual al adultului, 738
Abuzul sexual al copilului, 738
Neglijarea copilului, 738
Abuz fizic (maltratarea)
de un adult, 738
de un copil, 738
Abuzul sexual
al adultului, 738
al copilului, 738
Abuzul de substanțe, 198 (199)
*Vezi, de asemenea*, substanțele specifice după nume
Activitatea intelectuală. *Vezi* activitatea intelectuală liminară
aculturație, Problemă de, 741
adaptare, Tulburările de, 679
cu anxietate, 680 (683)
cu dispoziție depresivă, 679 (683)
cu perturbare de conduită, 680 (683)
cu dispoziție mixtă, depresivă și anxioasă, 680 (683)
cu perturbare mixtă de emoții și conduită, 680 (683)
nespecificată, 680 (683)
adolescentului, Comportamentul antisocial al, 740
adultului, Comportamentul antisocial al, 740
afective, Tulburările, 345
*Vezi, de asemenea*, episoadele afective
Datorate unei condiții medicale generale, 401 (404)
Fără altă specificație, 410
Tulburarea afectivă indusă de o substanță, 405 (409)
Tulburările bipolare, 382
Tulburările depresive, 369
Agorafobia, 432 (433)
cu panică, 433 (441)
fără istoric de panică, 441 (443)
Akatisia acută,
indusă de neuroleptice, 735, 800 (802)
alcool, Tulburările induse de,
Abstinența, 215 (216)
Alte tulburări, 217
Intoxicația, 214 (215)
alcool, Tulburările uzului de,
Abuzul, 214
Dependența, 213
alcoolul, Tulburările în legătură cu,
Fără altă specificație, 223
algică, Tulburarea
*Vezi, de asemenea*, tulburările sexuale algice
asociată cu o condiție medicală generală, 498 (503)
asociată cu factori psihologici, 498
asociată atât cu o condiție medicală generală, cât și cu factori psihologici, 498
alimentare, Tulburarea de... a perioadei de sugar sau a micii copilării, 107 (108)
alimentare și comportament alimentar, Tulburările de... ale perioadei de sugar sau micii copilării, 103
Pica, 103 (105)
Ruminația, 105 (106)
Tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a micii copilării, 107 (108)
Alzheimer, Demența de tip, 154 (157)
amfetamina, Tulburările în legătură cu.. (sau cu substanțe similare amfetaminei) 223
Fără altă specificație, 231
amfetamină, Tulburările induse de,
Abstinența, 227 (228)
Alte tulburări, 228
Intoxicația, 226 (227)
amfetamină, Tulburările uzului de,
Abuzul, 225
Dependența, 224
amnestice, Tulburările
Datorată unei condiții medicale generale, 175 (177)
Fără altă specificație, 179

Tulburarea amnestică persistentă indusă de o substanță, 177 (179)
Amnezia. *Vezi* tulburările amnestice; Amnezia disociativă
Amenzia disociativă, 520 (523)
Amnezia psihogenă. *Vezi* amnezia disociativă
Anorexia nervoasă, 583 (589)
antisocială, Tulburarea de personalitate, 701 (706)
Anxietatea excesivă a copilăriei. *Vezi* anxietatea generalizată
Anxietatea generalizată (include anxietatea excesivă a copilăriei), 472 (476)
Anxietatea de separare, 121 (125)
Anxietatea socială. *Vezi* fobia socială (anxietatea socială)
Anxietatea de vis. Vezi coșmarul
anxioase, Tulburările, 429
Agorafobia, 432 (433)
fără istoric de panică, 441 (443)
Panica cu, 433 (441)
Anxietatea generalizată (include anxietatea excesivă a copilăriei, 472 (476)
Anxietatea de separare, 121 (125)
Atacul de panică, 430 (432)
Datorată unei condiții medicale generale, 476 (479)
Fără altă specificație, 484
Fobia socială (tulburarea anxietatea socială), 450 (456)
Fobia specifică, 443 (449)
Panica, 433 (440-441)
cu agorafobie, 433 (441)
fără agorafobie, 433 (440)
Stresul acut, 469 (471)
Stresul posttraumatic, 463 (467)
Tulburarea anxioasă indusă de o substanță, 479 (483)
Tulburarea obsesivo-compulsivă, 456 (462)
anxioliticele, Tulburările în legătură cu... *Vezi* tulburările în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele
aptitudinilor motorii, Tulburarea, 56
Tulburarea de dezvoltare a coordonării, 56 (58)
aptitudinilor școlare, Tulburările... *Vezi* tulburările de învățare
articulării, Tulburarea de dezvoltare a... *Vezi* tulburarea fonologică
Asperger, Tulburarea, 80 (84)
Atacul de panică, 430 (432)
atipice, Specificantul cu elemente... pentru episodul afectiv, 420 (422)
Autismul atipic, 84
autistă, Tulburarea, 70 (75)
Aversiunea sexuală, 541 (542)

## B

Balbismul, 67 (69)
bărbatului, Tulburarea de erecție a, 545 (547)
Datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
bărbatului, Tulburarea de orgasm a, 550 (552)
bipolare, Tulburările, (382)
Fără altă specificație, 400
Tulburarea bipolară I
Cel mai recent episod depresiv, 382 (391)
Cel mai recent episod hipomaniacal, 382 (388)
Cel mai recent episod maniacal, 382 (389)
Cel mai recent episod mixt, 382 (390)
Cel mai recent episod nespecificat 382 (388)
Episod maniacal unic, 382 (388)
Tulburarea bipolară II (episoade depresive majore recurente cu episoade hipomaniacale), 392 (397)
Tulburarea ciclotimică, 398 (400)
borderline, Tulburarea de personalitate, 706 (710)
Bulimia nervoasă, 589 (594)

## C

cafeină, Abstinența de, 764 (765)
cafeină, Tulburările induse de,
Alte tulburări, 233
Intoxicația, 232 (232)
cafeina, Tulburările în legătură cu, 231
Fără altă specificație, 234
cannabis, Tulburările induse de,
Alte tulburări, 238
Intoxicația, 237 (238)
cannabisul, Tulburările în legătură cu, 234
Fără altă specificație, 241
cannabis, Tulburările uzului de,
Abuzul, 236
Dependența, 236
catatonic, Schizofrenie de tip, 315 (316)
catatonică, Tulburarea,
Datorată unei condiții medicale generale, 185 (187)
catatonice, Specificantul cu elemente... pentru episodul afectiv, 418 (418)
ciclare rapidă, Specificantul cu... pentru

tulburarea afectivă, 427 (428)
ciclotimică, Tulbuarea, 398 (400)
circadian, Tulburarea ritmului... de somn, 622 (629)
circumscrise cultural, Sindromele, 897-903
cocainã, Tulburările induse de,
Abstinența, 245 (246)
Alte tulburări, 246
Intoxicația, 244 (245)
cocaina, Tulburările în legătură cu, 241
Fără altă specificație, 250
cocainã, Tulburările uzului de,
Abuzul, 243
Dependența, 242
Codurile adiționale, 743
Diagnostic sau condiție amânată pe axa I, 743
Diagnostic amânat pe axa II, 743
Nici un diagnostic sau condiție pe axa I, 743
Nici un diagnostic pe axa II, 743
Tulburare mentală nespecificată (nonpsihotică) 743
cognitive, Tulburările,
*Vezi, de asemenea*, tulburările amnestice, deliriumul, demența
Declinul cognitiv în legătură cu etatea, 740
Fără altă specificație, 179
comportament alimentar, Tulburările de, 583
*Vezi, de asemenea*, tulburările de alimentare ale perioadei de sugar sau ale micii copilării
Anorexia nervoasă, 583 (589)
Bulimia nervoasă, 589 (594)
Fără altă specificație, 594
Comportamentul antisocial
al adultului, 740
al copilului sau adolescentului, 740
comportament disruptiv, Tulburările de,
Vezi tulburările de comportament disruptiv și de deficit de atenție
comunicare, Tulburările de, 58
Balbismul, 67 (69)
Fără altă specificație, 69
Tulburarea fonologică, 65 (66)
Tulburarea de limbaj expresiv, 58 (61)
Tulburarea mixtă de limbaj expresiv și receptiv, 62 (64)
(unei) condiții medicale generale
Delirium datorat, 141 (143)
Demență datorată, 154-158
Disfuncție sexuală datorată, 558 (561)
Modificare de personalitate datorată, 187 (190)
Problemă de relație în legătură cu o, 737
Tulburare afectivă datorată, 401 (404)
Tulburare algică asociată cu o, 498(503)
Tulburare amnestică datorată, 175 (177)
Tulburarea anxioasă datorată, 476 (479)
Tulburare catatonică datorată, 185 (187)
Tulburare mentală datorată, 181
Tulburare mentală fără altă specificație datorată, 190
Tulburare psihotică datorată, 334 (338)
Tulburare de somn datorată, 651 (654)
conduită, Tulburarea de, 93 (98)
conversie, Tulburarea de, 492 (498)
coordonării, Tulburarea de dezvoltare a, 56 (58)
copilăriei, Tulburarea dezintegrativă a, 77 (79)
copilului, Comportamentul antisocial al,740
copilului sau adolescentului, Comportamentul antisocial al, 740
Coșmarul, 631 (634)
Creutzfeldt-Jakob,
Demență datorată maladiei, 166 (168)
cronic, Specificantul de... pentru episodul depresiv major, 417 (417)
cronic, Ticul motor sau vocal, 114 (115)

## D

Declinul cognitiv în legătură cu etatea, 740
deficit de atenție și comportament disruptiv, Tulburările de, 85
Tulburarea de comportament disruptiv fără altă specificație, 103
Tulburarea de conduită, 93 (98)
Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, 85 (92)
tip combinat, 87 (93)
tip predominant impulsiv-hiperactiv, 87 (93)
tip predominant inatent, 87 (93)
Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție fără altă specificație, 93
Tulburarea opozitionismul provocator 100 (102)
deficit de atenție/hiperactivitate, Tulburarea, 85 (92)
Fără altă specificație, 93
delirantă, Tulburarea, 323 (329)
Delirium, 136
datorat unei condiții medicale generale, 141 (143)
datorat unor etiologii multiple, 146 (147)
fără altă specificație, 147
indus de o substanță, 143 (145-146)

Deliriumul, demența, tulburările amnestice și alte tulburări cognitive,
Deliriumul, 136
Demența, 147
Tulburarea cognitivă fără altă specificație, 180
Tulburările amnestice, 172
Demența, 147
datorată altor condiții medicale generale 162, 167 (168)
maladia Creutzfeldt-Jakob, 166 (168)
maladia HIV, 163 (168)
maladia Huntington, 165 (168)
maladia Parkinson, 164 (168)
maladia Pick, 165(168)
traumatismul cranian, 164 (168)
datorată unor etiologii multiple, 170 (171)
demența persistentă indusă de o substanță, 168 (170)
de tip Alzheimer, 154 (157)
fără altă specificație, 171
vasculară, 158 (161)
Demența vasculară, 158 (161)
dependentă, Tulburarea de personalitate, 721 (725)
Dependența de substanțe, 192 (197)
*Vezi, de asemenea, substanțele* specifice după nume
depersonalizare, Tulburarea de, 530 (532)
depresiv major, Episodul, 349 (356)
depresivă, Tulburarea de personalitate, 788 (789)
depresive, Tulburările
Fără altă specificație, 381
Tulburarea distimică, 377 (380)
Tulburarea depresivă majoră, 369
Episod unic, 369 (375)
Recurentă, 369 (376)
dezorganizat, Schizofrenie de tip, 314 (315)
dezvoltare, Tulburările de, *Vezi* tulburările de învățare, retardarea mentală, tulburările de dezvoltare pervasive
Diagnostic amânat pe axa II, 743
Diagnostic sau condiție amânată pe axa I, 743
Discalculia (Tulburarea de calcul), 53 (54)
Disgrafia (Tulburarea expresiei grafice), 54 (56)
Diskinezia tardivă,
indusă de neuroleptice, 736, 803 (805)
Dislexia (Tulburare de citit), 51 (53)
dismorfică corporală, Tulburarea, 507 (510)
disociative, Tulburările, 519
Amnezia disociativă, 520 (523)
Fără altă specificație, 532
Fuga disociativă, 523 (526)
Tulburarea de identitate disociativă, 526 (529)
Tulburarea de depersonalizare, 530 (532)
Dispareunie,
datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
nedatorată unei condiții medicale generale, 554 (556)
Dissomniile, 599
Fără altă specificație, 629
Hipersomnie primară, 604 (609)
Insomnie primară, 599 (604)
Narcolepsie, 609 (615)
Tulburarea ritmului circadian de somn, 622 (629)
Tulburare de somn în legătură cu respirația, 615 (6229
distimică, Tulburarea, 377 (380)
Criteriul B de cercetare alternativ, 774 (775)
Distonia acută,
indusă de neuroleptice, 735, 798 (800)
Doliul, 740
Dorința sexuală redusă, 539 (541)
datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
dorinței sexuale, Tulburările
Dorința sexuală redusă, 539 (541)
datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
Aversiunea sexuală, 541 (542)

## E

Efectele adverse ale medicamentelor fără altă specificație, 736
Ejacularea precoce, 552 (554)
eliminare, Tulburările de. *Vezi* encoprezisul; enurezisul
Encoprezisul
cu constipație și incontinență prin preaplin, 116 (118)
fără constipație și incontinență prin preaplin, 116 (118)
Enurezisul (nedatorat unei condiții medicale generale), 118 (121)
Episoadele afective
Episodul depresiv major, 349 (356)
Episodul hipomaniacal, 365 (368)
Episodul maniacal, 357 (362)
Episodul mixt, 362 (365)

erecție a bărbatului, Tulburarea de, 545 (547)
datorată unei condiții medicale generale, 545 (547)
Etiologii multiple
Delirium datorat unor, 146 (147)
Demență datorată unor, 170 (171)
evitantă, Tulburarea de personalitate, 718 (721)
evoluție longitudinală, Specificanții de, (cu și fără recuperare interepisodică completă), pentru tulburările afective, 424 (425)
excitație, Tulburările de,
*Vezi* tulburările de excitație sexuală
excitație sexuală, Tulburările de,
Tulburarea de erecție a bărbatului, 545 (547)
datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
Tulburarea de excitație sexuală a femeii 543 (544)
Exhibiționismul, 569 (569)
expresiei grafice, Tulburarea, 54 (56)

## F

factice, Tulburările,
cu semne și simptome predominant psihologice, 514 (517)
cu semne și simptome predominant somatice, 514 (517)
cu semne și simptome psihologice și somatice combinate, 515 (517)
fără altă specificație, 517
factice prin procură, Tulburarea, 781 (783)
Factorii psihologici care afectează condiția medicală, 731 (734)
fără altă specificație,
Delirium, 147
Demență, 171
Disfuncție sexuală, 565
Dissomnie, 629
Efecte adverse ale medicamentelor, 736
Parafilie, 576
Parasomnie, 644
Problemă relațională, 737
Tic, 116
Tulburare afectivă, 410
Tulburare amnestică, 179
Tulburare anxioasă, 484
Tulburare bipolară, 400
Tulburare cognitivă, 180
Tulburare de comportament alimentar, 594
Tulburare de comportament disruptiv, 103
Tulburare de comunicare, 69
Tulburare a controlului impulsului, 677
Tulburare de dezvoltare pervasivă (inclusiv autismul atipic), 84
Tulburare depresivă, 381
Tulburare disociativă, 532
Tulburare factice, 517
Tulburare hiperactivitate/deficit de atenție, 93
Tulburare de identitate sexuală, 582
Tulburare de învățare, 56
Tulburare în legătură cu alcoolul, 223
Tulburare în legătură cu altă substanță (sau cu o substanță necunoscută), 295
Tulburare în legătură cu amfetamina, 231
Tulburare în legătură cu cafeina, 234
Tulburare în legătură cu cannabisul,241
Tulburare în legătură cu cocaina, 250
Tulburare în legătură cu halucinogenele, 257
Tulburare în legătură cu inhalantele, 263
Tulburare în legătură cu nicotina, 269
Tulburare în legătură cu opiaceele, 277
Tulburare în legătură cu phencyclidina (sau cu o substanță similară phencyclidinei), 283
Tulburare în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele, 293
Tulburare mentală datorată unei condiții medicale generale, 190
Tulburare de mișcare indusă de medicamente, 736, 807
Tulburare a perioadei de sugar, a copilăriei sau a adolescenței, 134
Tulburare de personalitate, 729
Tulburare psihotică, 343
Tulburare sexuală, 582
Tulburare somatoformă, 511
femeii, Tulburarea de orgasm a, 547 (549)
femeii, Tulburarea de excitație sexuală a, 543 (544)
Fetișismul, 569 (570)
Transvestic, 574 (575)
Flashbacks. *Vezi* tulburarea de percepție halucinogenă persistentă(flashbacks)
Fobia simplă. *Vezi* fobia specifică
Fobia socială (anxietatea socială), 450 (456)
Fobia specifică, 443 (449)
Folie a deux. *Vezi* tulburarea psihotică indusă (împărtășită),
fonologică, Tulburarea, 65 (66)
Frotteurismul, 570 (570)
Fuga. *Vezi* fuga disociativă

Fuga disociativă, 523 (526)
Fuga psihogenă. *Vezi* fuga disociativă

H

habitudine/stereotipie, Tulburarea, *Vezi* tulburarea de mișcare stereotipă
haucinogene, Tulburările induse de,
Alte tulburări, 254
Intoxicați, 252 (253)
Tulburare de percepție persistentă halucinogenă (flashbacks), 253 (254)
halucinogene, Tulburările uzului de,
Abuzul, 252
Dependența, 251
halucinogenele, Tulburările în legătură cu, fără altă specificație, 257
Hiperactivitate. *Vezi* tulburarea hiperactivitate/deficit deatenție
hiperactivitate/deficit de atenție, Tulburarea 85 (92)
fără altă specificație, 93
Hipersomnie
indusă de o substanță, 655 (660)
în legătură cu altă tulburare mentală, 645 (650)
primară, 604 (609
hipnoticele, Tulburările în legătură cu, *Vezi* tulburările în legătura cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele
Hipocondria, 504 (507)
hipomaniacal, Episodul, 365 (368)
histrionica, Tulburarea de personalitate, 711 (714)
HIV, Maladia
Demența datorată, 163 (168)
Huntington, Maladia
Demența datorată, 165 (168)

I

identitate, Problemă de, 741
identitate, Tulburările de, *Vezi* tulburarea de identitate disociativă, tulburarea de identitate sexuală
identitate disociativă, Tulburarea de, 526 (529)
identitate sexuală, Tulburarea de, 576 (581)
la adolescenți sau adulți, 581
la copii, 581
fără altă specificație, 582
impulsului, Tulburările controlului..
neclasificate în altă parte, 663
fără altă specificație, 677
Jocul de șansă patologic, 671 (674)
Kleptomania, 667 (669)
Piromania, 669 (671)
Tricotilomania, 674 (677)
Tulburarea explozivă intermitentă, 663 (667)
indusă (împărtășită), Tulburarea psihotică, 332 (334)
inhalante, Tulburările induse de,
Alte tulburări, 260
Intoxicația, 259 (260)
inhalante, Tulburările uzului de
Abuzul, 259
Dependența, 258
inhalantele, Tulburările în legătură cu, 257
fără altă specificație, 263
Insomnie,
indusă de o substanță, 655 (666)
în legătură cu altă tulburare mentală, 645 (650)
primară, 599 (604)
intermitentă, Tulburarea explozivă, 663 (667)
Intoxicația, 199 (201)
*Vezi, de asemenea,* substanțele specifice după nume
învățare, Tulburările de,
Discalculia, 53 (54)
Disgrafia, 54 (56)
Dislexia, 51 (53)
Fără altă specificație, 56

J

Jocul de șansă. *Vezi* jocul de șansă patologic,

K

Kleptomania, 667 (669)

L

limbaj expresiv, Tulburarea de, 58 (61)
liminară, Funcționare intelectuală, 740

M

major, Episodul depresiv, 349 (356)
specificantul *cronic*,417 (417)
specificanții *severitate/psihotic/* remisiune, 411 (413)
majoră, Tulburarea depresivă,
Episod unic, 369 (376)
Recurentă, 369 (375)
**Maltratarea**
adultului
copilului,

maniacal, Episodul, 357 (362)
Specificanții *severitate/psihotic/remisiune* 413 (415)
Masochismul sexual, 572 (573)
mâncat compulsiv, Tulburarea de, 785 (787)
medicamente, Tulburarea indusă de, Efectele adverse ale medicamentelor fără altă specificație, 736
medicamente, Tulburările de mișcare induse de, 734, 791
Akatisia acută indusă de neuroleptice 735, 800 (802)
Diskinezia tardivă indusă de neuroleptice, 736, 803 (805)
Distonia acută indusă de neuroleptice, 735, 798 (800)
Fără altă specificație, 736, 807
Parkinsonismul indus de neuroleptice, 735, 792 (795)
Sindromul neuroleptic malign, 735, 795 (798)
Tremorul postural, 736, 805 (807)
melancolice, Specificantul cu elemente, pentru episodul afectiv, 419 (420)
mentală, Tulburare, fără maltă specificație datorată unei condiții medicale generale, 190
minoră, Tulburare depresivă, 775 (777)
mișcare stereotipă, Tulburarea de, 131 (134)
mixt, Episodul, 362 (365)
specificanții severitate/psihotic/remisiune 415 (416)
mixtă, Tulburarea, depresiv-anxioasă, 780 (781)
mixtă, Tulburarea, de limbaj expresiv și receptiv, 62 (64)
moderată, Retardarea mentală, 43 (49)
Modificarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale, 187 (190)
motor, Ticul... sau vocal cronic. *Vezi* ticul motor sau vocal cronic
multiinfarct, Demența. *Vezi* demența vasculară
multiplă, Tulburare de personalitate. *Vezi* tulburarea de identitate disociativă
Mutismul electiv. *Vezi* mutismul selectiv
Mutismul selectiv, 125 (127)

## N

narcisistică, Tulburarea de personalitate, 714 (717)
Narcolepsia, 609 (615)
nediferențiat, Schizofrenie de tip, 316 (316)
nediferențiată, Tulburarea somatoformă, 490 (492)
Neglijarea copilului, 738
nespecificată (nonpsihotică), Tulburarea mentală, 743
neuroleptic malign, Sindromul, 735,795 (798)
neuroleptice, Tulburările induse de
Akatisia acută, 735, 800 (802)
Diskinezia tardivă, 736, 803 (805)
Distonia acută, 735, 798 (800)
Parkinsonismul, 735, 792 (795)
Sindromul neuroleptic malign, 735, 795 (798)
Nici un diagnostic pe axa II, 743
Nici un diagnostic sau condiție pe axa I, 743
nicotina, Tulburările în legătură cu, 264
Fără altă specificație, 269
nicotină, Tulburarea indusă de, Abstinența, 265 (266)
nicotină, Tulburarea uzului de, Dependența, 264
Noncomplianța la tratament, 739

## O

obsesivo-compulsivă, Tulburarea, 457 (462)
obsesivo-compulsivă, Tulburarea de personalitate, 725 (729)
opiacee, Tulburările induse de, Abstinența, 272 (273)
Alte tulburări, 274
Intoxicația, 271 (272)
opiacee, Tulburările uzului de Abuzul, 271
Dependența, 270
opiaceele, Tulburările în legătură cu, 269
Fără altă specificație, 277
opoziționismul provocator, Tulburarea, 100 (102)
orgasm, Tulburările de, Ejacularea precoce, 552 (554)
Tulburarea de orgasm a femeii, 547 (549)
Tulburare de orgasm a bărbatului, 550 (552)
Orgasmul inhibat al bărbatului. *Vezi* tulburarea de orgasm a bărbatului
Orgasmul inhibat al femeii. *Vezi* tulburarea de orgasm a femeii

## P

Panica, 433 (440-443)
cu agorafobie, 433 (440-441)
fără agorafobie, 433 (440-441)
Parafiliile, 566
Exhibiționismul, 569 (569)
Fără altă specificație, 576

Fetișismul, 569 (570)
Fetișismul transvestic, 574 (575)
Frotteurismul, 570 (570)
Masochismul sexual, 572 (573)
Pedofilia, 571 (572)
Sadismul sexual, 573 (574)
Voyeurismul, 575 (575)
paranoid, Schizofrenie de tip, 313 (314)
paranoidă, Tulburarea de personalitate, 690 (694)
Parkinson, Maladia
Demența datorată, 164 (168)
Parkinsonismul
indus de neuroleptice, 735, 792 (798)
Parasomniile
Coșmarul, 631 (634)
Fără altă specificație, 644
Somnambulismul, 639 (644)
Teroare de somn, 634 (639)
pasiv-agresivă, Tulburarea de personalitate, (Tulburarea de personalitate negativistă) 789 (791)
patologic, Jocul de șansă, 671 (674)
Pedofilia, 571 (572)
personalitate, Tulburările de, 685 (689)
Fără altă specificație, 729
Tulburarea de personalitate antisocială, 701 (706)
Tulburarea de personalitate borderline, 706 (710)
Tulburarea de personalitate dependentă, 721 (725)
Tulburarea de personalitate evitantă, 718 (721)
Tulburarea de personalitate histrionică, 711 (714)
Tulburarea de personalitate narcisistică, 714 (717)
Tulburarea de personalitate obsesivo-compulsivă, 725 (729)
Tulburarea de personalitate paranoidă, 690 (694)
Tulburarea de personalitate schizoidă, 694 (697)
Tulburarea de personalitate schizotipală, 697 (701)
Pervasivă, Tulburarea de dezvoltare,
Fără altă specificație, 84
pervasive, Tulburările de dezvoltare, 69
Fără altă specificație (incluzând și autismul atipic) 84
Tulburarea Asperger, 80 (84)
Tulburarea autistă, 70 (75)
Tulburarea dezintegrativă a copilăriei, 77 (79)
Tulburarea Rett, 76 (77)
phencyclidina (sau o substanță similară phencyclidinei), Tulburările în legătură cu, 278
Fără altă specificație, 283
phencyclidină, Tulburările induse de,
Alte tulburări, 281
Intoxicația, 280 (281)
phencyclidină, Tulburările uzului de
Abuzul, 279
Dependența, 279
Pica, 103 (105)
Pick, Maladia
Demența datorată, 165 (168)
Piromania, 669 (671)
polisubstanța, Tulburare în legătură cu
Dependența de polisubstanță, 293
postcontuzionala, Tulburarea, 760 (761)
postpartum, Specificantul cu debut...
pentru episodul afectiv, 422 (423)
postpsihotică, Tulburarea depresivă... a schizofreniei, 767 (768)
postural, Tremorul... indus de medicamente, 736, 805 (807)
precoce (prematură) Ejacularea, 552 (554)
premenstruală, Tulburarea disforică, 771 (774)
primară, Hipersomnia, 604 (609)
primară, Insomnia, 599 (604)
primare, Tulburările de somn,
Dissomniile, 598
Parasomniile, 630
Problemă de fază de viață, 742
Problemă profesională, 741
Problemă de relație între frați, 737
Problemă de relație cu partenerul, 737
Problemă de relație părinte-copil, 737
Problemă religioasă sau spirituală, 741
Problemă școlară, 741
*Vezi, de asemenea*, tulburările de învățare
Problemă spirituală. *Vezi* problemă religioasă sau spirituală,
procură, Tulburarea factice prin,
profundă, Retardarea mentală, 44 (49)
psihogenică, Amnezia. *Vezi* amnezia disociativă
psihologici, Factorii... care afectează condiția medicală,
psihotice, Specificanți cu elemente,
Episodul depresiv major, 411 (413)
Episodul maniacal, 413 (415)
Episodul mixt, 415 (416)
psihotice, Tulburările
Datorată unei condiții medicale generale, 334 (338)

Fără altă specificație, 343
Schizofrenia, 298 (312)
Tulburarea delirantă, 323 (329)
Tulburarea psihotică indusă, 332 (334)
Tulburarea psihotică indusă de o substanță, 338 (342)
Tulburarea schizoafectivă, 319 (323)
Tulburarea schizofreniformă, 317 (319)

R

reactivă, Tulburarea... de atașament a perioadei de sugar sau a micii copilării, 127 (130)
recurentă, Tulburarea depresivă scurtă, 778 (779)
relație, Probleme de, 736
Fără altă specificație, 737
În legătură cu o tulburare mentală sau cu o condiție medicală generală, 737
Problemă de relație între frați, 737
Problemă de relație părinte-copil, 737
Problemă de relație cu partenerul, 737
respirația, Tulburarea de somn în legătură cu, 615 (622)
Retardarea mentală, 41 (49)
moderată, 43 (49)
profundă, 44 (49)
severă, 43 (49)
severitate nespecificată, 44 (49)
ușoară, 43 (49)
Rett, Tulburarea, 76 (77)
rezidual, Schizofrenie de tip, 316 (317)
ritm somn-vigilitate, Tulburare de *Vezi* tulburările de ritm circadian ale somnului
Ruminația, 105 (106)

S

Sadismul sexual, 573 (574)
Scala de funcționare a apărării, 807-813
Scala GAF. *Vezi* scala de evaluare globală a funcționării
Scala de evaluare globală a funcționării (SEGF), 34
Scala de evaluare globală a funcționării sociale și profesionale (SEGFSP), 817-818
Scala de evaluare globală a funcționării relaționale (SEGFR), 814-816
Scala SEGFR. *Vezi* scala de evaluare globală a funcționării relaționale,
Scala SEGFSP. *Vezi* scala de evaluare globală a funcționării sociale și profesionale
schizoafectivă, Tulburarea, 319 (323)
Schizofrenia,
Descriptorii dimensionali alternativi, 765 (766)
tip catatonic, 315 (316)
tip dezorganizat, 314 (315)
tip nediferențiat, 316 (316)
tip paranoid, 313 (314)
tip rezidual, 316 (317)
Schizofrenia și alte tulburări psihotice. *Vezi* tulburările psihotice; schizofrenia
schizofreniformă, Tulburarea, 317 (319)
schizoidă, Tulburarea de personalitate, 694 (697)
schizotipală, Tulburarea de personalitate, 697 (701)
scurtă, Tulburarea psihotică, 329 (332)
sedative, hipnotice sau anxiolitice, Tulburările induse de,
Abstinența, 287 (289)
Alte tulburări, 289
Intoxicația, 286 (287)
sedative, hipnotice sau anxiolitice, Tulburările uzului de,
Abuzul, 286
Dependența, 285
Sedativele, Tulburări în legătură cu...: Vezi tulburările în legătură cu sedativele, hipnoticele sau anxioliticele.
sedativele, hipnoticele sau anxioliticele, Tulburările în legătură cu, 284
Fără altă specificație, 293
severă, Retardare mentală, 43 (49)
severitate nespecificată, Retardare mentală de, 44 (49)
severitate/psihotic/remisiune, Specificanții..., pentru
Episodul depresiv major, 411 (413)
Episodul maniacal, 413 (415)
Episodul mixt, 415 (416)
sexuale, Disfuncțiile, 535
Datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
Disfuncția sexuală indusă de o substanță, 562 (565)
Fără altă specificație, (565)
Tulburările sexuale dureroase
Dispareunia
Datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
Nedatorată unei condiții medicale generale 554 (556)
Vaginismul (nedatorat unei condiții medicale generale), 556 (558)

Tulburările dorinței sexuale
Dorința sexuală redusă, 539 (541)
Datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
Aversiunea sexuală, 541 (542)
Tulburările de excitație sexuală,
Tulburarea de erecție a bărbatului, 545 (547)
Datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
Tulburarea de excitație sexuală a femeii, 543 (544)
Tulburările de orgasm
Ejacularea precoce, 552 (554)
Tulburarea de orgasm a bărbatului, 550 (552)
Tulburarea de orgasm a femeii, 547 (549)
sexuale, Tulburările,
*Vezi, de asemenea*, parafiliile, disfuncțiile sexuale,
Fără altă specificație, 582
sexuale, Tulburările dureroase (algice)
Dispareunia
Datorată unei condiții medicale generale, 558 (561)
Nedatorată unei condiții medicale generale, 554 (556)
Vaginismul (nedatorat unei condiții medicale generale, 556 (558)
sezonier, Specificantul de pattern... pentru tulburarea afectivă, 426 (427)
simplă, Tulburarea deteriorativă (schizofrenia simplă), 769 (771)
Simularea, 739
somatizare, Tulburarea de, 486 (490)
somatoforme, Tulburările, 485
Fără altă specificație, 511
Hipocondria, 504 (507)
Tulburarea algică
asociată cu o condiție medicală generală, 498 (503)
asociată cu factori psihologici, 498 (503)
asociată atât cu o condiție medicală cât și cu factori psihologici, 498 (503)
Tulburarea de conversie, 492 (498)
Tulburarea dismorfică corporală, 507 (510)
Tulburarea de somatizare, 486 (490)
Tulburarea somatoformă nediferențiată, 490 (492)
somn, Tulburările de, 597
Datorată unei condiții medicale generale, 651 (654)
de tip hipersomnie, 652 (654)
de tip insomnie, 652 (654)
de tip mixt, 652 (654)
de tip parasomnie, 652 (654)
În legătură cu altă tulburare mentală
Hipersomnia în legătură cu altă tulburare mentală, 645 (650)
Insomnia în legătură cu altă tulburare mentală, 645 (650)
Tulburările induse de o substanță, 655 (660)
Tulburările de somn primare,
Dissomniile, 598
Parasomniile, 630
Somnambulismul, 639 (644)
Specificanții pentru tulburările afective, 410
Specificantul cu ciclare rapidă, 427 (428)
Specificantul cronic, 417 (417)
Specificantul cu debut postpartum, 422 (423)
Specificantul cu elemente atipice, 420 (422)
Specificantul cu elemente catatonice, 417 (418)
Specificantul cu elemente melancolice, 419 (420)
Specificantul cu pattern sezonier, 426 (427)
Specificanții de evoluție longitudinală (cu și fără recuperare interepisodică completă) 424 (425)
Specificanții severitate/psihotic/remisiune pentru
Episodul depresiv major, 411 (413)
Episodul maniacal, 413 (415)
Episodul mixt, 415 (416)
Stresul acut, 469 (471)
Stres. Vezi stresul acut
Stresul posttraumatic, 463 (467)
substanță, Tulburările induse de o, 199
*Vezi, de asemenea, substanțele specifice* după nume
Abstinența, 201 (202)
Deliriumul, 143 (145-146)
Demența persistentă, 168 (170)
Disfuncția sexuală, 562 (565)
Intoxicația, 199 (201)
Tulburarea afectivă, 405 (409)
Tulburarea amnestică persistentă, 177 (179)
Tulburarea anxioasă, 479 (483)
Tulburarea de percepție persistentă halucinogenă (flashbacks), 253 (254)
Tulburarea psihotică, 338 (342)
Tulburarea de somn, 655 (660)
substanță, Tulburările în legătură cu o,
*Vezi, de asemenea, substanțele specifice* după nume

Alte tulburări (sau tulburări necunoscute), 295
substanțe, Tulburările uzului unei, 192
*Vezi, de asemenea, substanțele specifice după nume*
Abuzul, 198 (199)
Dependența, 192 (197)
școlară, Problemă, 741
Vezi *de asemenea*, tulburările de învățare

## T

Teroarea de somn, 634 (639)
Ticul tranzitor, 115 (116)
Ticul motor sau vocal cronic, Ticurile, 109
Fără altă specificație, 116
Ticul vocal sau motor cronic, 114 (115)
Ticul tranzitor, 115 (116)
Tulburarea Tourette, 111 (114)
Tourette, Tulburarea, 111 (114)
Transa disociativă, 783 (785)
transvestic, Fetișismul, 574 (575)
Traumatismul cranian
Demența datorată, 164 (168)
Tremorul. *Vezi* tremorul postural, indus de medicamente
Tricotilomania, 674 (677)
Tulburare a perioadei de sugar, a copilăriei sau adolescenței fără altă specificație 134
Tulburările diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență, 39
Anxietatea de separare, 121 (125)
Mutismul selectiv, 125 (127)
Retardarea mentală, 41
Ticurile, 109
Tulburare a perioadei de sugar, a copilăriei sau adolescenței fără altă specificație, 134
Tulburarea aptitudinilor motorii, 56
Tulburarea de mișcare stereotipă, 131 (134)
Tulburarea reactivă de atașament a perioadei de sugar sau a micii copilării, 127 (130)
Tulburările de alimentare și de comportament alimentar ale perioadei de sugar sau micioi copilării, 103
Tulburările de comunicare, 58
Tulburările de comportament disruptiv și de deficit de atenție, 85
Tulburările de dezvoltare pervasivă, 69
Tulburările de eliminare, 116
Tulburările de învățare, 49

## U

ușoară, Retardarea mentală, 43 (49)
ușoară, Tulburarea neurocognitivă, 762 (764)

## V

Vaginismul (nedatorat unei condiții medicale generale), 556 (558)
vocale, Ticurile, *Vezi* ticul motor sau vocal cronic
Voyeurismul, 575 (575)

## La aceeași editură

ÎN CURS DE APARIȚIE:

- **Prof. Dr. Aurel Romila – PSIHIATRIA,** ed. a 2-a
- **Dr. Marian Popa – CAZUL IRINA. AMINTIRI**

AU MAI APĂRUT:

- **Dr. Marian Popa – STUDII ȘI CONTRIBUȚII**

Cărțile pot fi procurate prin comandă telefonică la tel. 0745039692,
la adresa editorului (cu plata la primirea coletului):
Bd. Brâncoveanu, nr. 97, bl. M6, sc. 7, ap. 78, sector 4, București
sau e-mail: popapmar@cmb.ro

80025 75540